Antropologia Mèdica



ANTROPOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y ALTERIDAD

De los médicos etnógrafos a la colectivización intercultural del cuidado

Rubén Muñoz Martínez

[publicacions] urv

MARC
MEDICAL ANTHROPOLOGY RESEARCH CENTER

ANTROPOLOGÍA, PSIQUIATRÍA Y ALTERIDAD

De los médicos etnógrafos a la colectivización intercultural del cuidado

Rubén Muñoz Martínez

[publicacions] urv

Tarragona, 2021

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili
Av. Catalunya, 35 - 43002 Tarragona
Tel. 977 558 474 · publicacions@urv.cat
www.publicacions.urv.cat

Colección Antropologia Mèdica, 36
1.ª edición: abril de 2021
ISBN (papel): 978-84-8424-830-9
ISBN (PDF): 978-84-8424-831-6

DOI: 10.17345/9788484248309
Depósito legal: T 445-2021

Fotografía de cubierta: «Doppelgänger», Ivan (< https://ja.cat/DaDId>)

Cita el libro.

Consulta el libro en nuestra web.

Obra sometida al proceso de evaluación de calidad editorial por el sistema de revisión por pares según las normas de la colección Antropologia Mèdica.

Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili es miembro de la Unión de Editoriales Universitarias Españolas y de la Xarxa Vives, lo que garantiza la difusión y comercialización de sus publicaciones a nivel nacional e internacional.

El hombre que se vuelve esclavo pierde la mitad de su humanidad. Ya no puede imaginarse otro.

Plinio el Joven

No se trata de medicalizar la vida sino de desmedicalizar la sanidad, facilitando la responsabilidad por parte del ciudadano de a pie de un terreno que, tradicionalmente, le ha sido escamoteado por la alianza del técnico y el ideólogo.

José Luis Linares

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTOS

Muchas son las personas que me han apoyado en el proceso de escritura de la tesis de doctorado y en su posterior transformación en libro. Quiero darle las gracias, en primer lugar, a Juan Carlos Gimeno, mi director de tesis, por sus consejos y su motivación para la culminación del trabajo, así como para su publicación en libro. En segundo lugar, a los miembros del comité de tesis, Carlos Giménez, Marí Luz Esteban, Joseba Achotegui, Anne Marie Losonsczy y Luis Caballero, por su atenta lectura y sus enriquecedores comentarios.

Le debo un especial agradecimiento a Luis Caballero por su invitación al curso de doctorado de Psiquiatría Cultural en Madrid y su apoyo durante el trabajo de campo. También a Philippe Jespers, por su apoyo durante mi estancia doctoral en la Universidad Libre de Bruselas; a Johan Leman, por sus comentarios sobre la tesis y su disponibilidad, y a Philipe Woitchik, por la buena disposición que mostró a que realizase el trabajo de campo en la consulta de etnopsiquiatría del Hospital Brugmann, de Bruselas, coordinado por él. Les agradezco a Aurelie y al equipo que trabaja en L'Autre «lieu» su disponibilidad y apoyo para llevar a cabo las entrevistas y la observación participante, y la posibilidad de asistir a las actividades socioculturales que organizan.

Asimismo, les doy las gracias a todos aquellos profesionales de la salud mental y otros campos sociosanitarios por el tiempo que me han dedicado, así como por las reflexiones que han compartido conmigo y que forman parte de este libro. También a los usuarios de los servicios del hospital Brugmann y a los inquilinos de las casas peul que me han ofrecido sus voces y experiencias para la investigación.

La beca de movilidad en el programa de doctorado de la Universidad Autónoma de Madrid me permitió llevar a cabo la estancia en Bruselas y el trabajo de campo en Bélgica. La beca Erasmus Mundus, otorgada por la Unión Europea, me ofreció la posibilidad de realizar una estancia de

seis meses en la Universidad Nacional Autónoma de México dedicada a avanzar en la escritura del presente libro y a publicar algunos artículos a partir de esta investigación. Les agradezco a Lucía Álvarez y al Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades (CEIICH) de la UNAM su apoyo para dicha estancia.

San Diego (California), 26 de abril del 2016

INTRODUCCIÓN

Preámbulo

La inspiración, el proceso y los resultados de este texto han sido posibles gracias a las valiosas contribuciones que realizan, en España y Bélgica, actores sociales situados en diversos espacios institucionales y del ámbito asociativo. Estas personas apuestan por un sistema (no solo teórico, sino también *de facto*) de justicia social como es el derecho a una adecuada atención médica en la diversidad cultural. Así como por el impulso de nuevas configuraciones y modalidades de atención médica y acompañamiento, con fines curativos, que desde conjuntos sociales experimentales proponen relaciones sociales menos verticales, que las existentes en la concepción clínica dominante, y la coproducción de saberes en torno al proceso salud/enfermedad/atención-prevención (s/e/a-p).

Este libro es el fruto de una investigación doctoral, desde la antropología médica crítica, respecto a la cultura denominada psiquiatría; la cual se inscribe en el marco simbólico-material y organizativo del, en términos de Menéndez (1984), modelo de atención biomédico hegemónico. Se aborda aquí cómo la concepción monocultural dominante de su praxis y s eficacia terapéutica es interpelada por un otro, las personas migrantes de origen extranjero, que ve comprometido su acceso y disfrute a la atención médica pública, al estar dirigida a la población de clase media y media/alta autóctona (ver Kleinman, 1988 y Gailly, 2009).

Así pues, exploraremos la permanencia de esta cultura, su crisis y su complementariedad, así como su transgresión en forma de relativización a partir de la búsqueda de la eficacia terapéutica mediante tres modelos de intervención intercultural[1] en salud mental. Dichos modelos se ejem-

1 La atribución de la categoría *intercultural* se refiere (con especificidades distintas en cada praxis, pero en un marco epistemológico compartido por todas) a la relevancia con la que se aborda como sujeto de interés la dimensión cultural en los itinerarios e interacciones del profesional sanitario y paciente, así como a la posición central que adquiere la consideración de tender nexos o bien de reformular conflictos (Giménez, 1997) entre actores en situaciones sociales de multiculturalidad significativa. La interculturalidad en dichas prácticas terapéu-

plifican, a través las praxis de actores sociales significativos, en tres estudios de caso[2] en el ámbito institucional hospitalario y en el asociativo de Madrid y Bruselas. Estos son el *modelo occidental adaptado en la diversidad cultural*,[3] reflejado en la formulación cultural de casos psiquiátricos (FCCP) en el hospital Puerta de Hierro, de Madrid; el *modelo etnopsiquiátrico*, en la consulta etnopsiquiátrica del hospital Brugmann, de Bruselas, y el *modelo antipsiquiátrico intercultural*, en las casas comunitarias peul de la asociación L'autre «lieu», en Bruselas.[4]

Veremos los dispositivos adaptados para la atención de la alteridad, a través del vector cultura-migración (dos primeros modelos), y la producción de un sistema colectivo de acompañamiento del padecimiento mental. En los dispositivos adaptados para la atención de la alteridad, el psiquiatra cuestiona la mirada biomédica dominante a partir de herramientas teórico-metodológicas de exploración y atención clínica adaptadas en la diversidad cultural; esto es: el autóctono cura al migrante. El acompañamiento del infortunio, en cambio, se lleva a cabo por exiliados

---

ticas implica una dimensión de intercambio para adoptar una visión más amplia, relacional y dinámica del propio concepto de cultura. Estos intercambios incluyen en algunos casos, como veremos después, la incorporación en las consultas de modelos interpretativos, dispositivos y metodologías de intervención clínica inspirados en los universos culturales de origen de los pacientes.

2 En la tesis original, defendida en 2010, se discuten seis estudios de caso, en el campo de la salud mental, en Bélgica y España. Aquí se retoman tres al ser los más representativos, como se explica después, en su línea de actuación conformada por el binomio cultura-migración. Estos tres casos se ubican en Bruselas y Madrid; por ello, me referiré a partir de ahora a ambas ciudades.

3 En la tesis de doctorado y algunas publicaciones derivadas de ella se define como *modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero* debido a la adecuación con el sujeto de estudio y a la continuidad teórica con la tipología de la propuesta de Leman y Gailly (1991). Sin embargo, aquí he decidido cambiar el nombre para posibilitar una adaptación a, como veremos, otros contextos y ejes de actuación, en ambos países y en el mundo, relacionados con la diversidad cultural y no exclusivamente con la migración. Por otro lado, me refiero a la adaptación *en la diversidad cultural*, en vez de *a la diversidad cultural*, al considerar que la cultura psiquiátrica forma parte de esta diversidad.

4 Como veremos después, las dos primeras praxis interculturales se insertan en el ámbito terapéutico institucional y público, y tienen el objetivo, que aquí se discute, de mejorar la eficacia terapéutica con personas de origen extranjero. En el tercer caso, el objetivo principal es una mejora de la dolencia psíquica a través de la convivencia intercultural, así como su acompañamiento y mediación no profesional. Es en este sentido profano, en oposición al universo profesional del modelo biomédico hegemónico, que nos referimos a la mejora en el acceso a los cuidados de salud y al disfrute de estos en el ámbito asociativo.

peul (de Mauritania) hacia personas mayoritariamente autóctonas de Bélgica; esto es: el migrante cura al autóctono.

Mi interés particular por el acceso a la atención médica de la salud mental de las personas de origen extranjero nació a raíz de una estancia en Bélgica, en el año 2003, en el marco de una beca de movilidad en mi licenciatura en Sociología. Entonces fue cuando supe por primera vez de las praxis de tipo etnopsiquiátrico que se desarrollaban allí y en París. Los dos objetivos principales de mi análisis son: por una parte, hacer una aportación a la discusiones teóricas relativas al campo de la salud mental y las ciencias sociales a través de la descripción, el análisis y la tipologización de los casos. Por otra parte, que sea una herramienta práctica para aquellas personas que, desde los diferentes ámbitos de esta área de trabajo, buscan aproximaciones terapéuticas acompañamiento resolutivas en el abordaje del padecimiento mental en contextos de diversidad cultural.

El marco analítico principal desde el que se lleva a cabo este estudio consiste en la ubicación de las praxis en un espacio hipotético dividido por los ejes del universalismo biomédico y el relativismo cultural, desde el anclaje del modelo biomédico hegemónico en el modelo occidental adaptado hasta su relativización y oposición dialéctica en el modelo antipsiquiátrico intercultural. La ubicación en este espacio se analiza desde la implicación política relativa a su colaboración en el cumplimiento de los artículos pertenecientes a la Declaración de Alma-Ata, la Carta Social Europea y la Declaración Universal de los Derechos Humanos que defienden el derecho de todas las personas a la igualdad en el acceso y disfrute a la atención en salud.[5]

A su vez, a la luz de estos tres estudios de caso, se analiza y discute la articulación entre conocimientos especializados teóricos y prácticos de

5 Señalaremos, en concreto, el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el 11 de la Carta Social Europea, relativos al derecho de toda persona a la asistencia médica. En el apartado 1 de dicho artículo de la Carta Social Europa se subraya que, para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las partes contratantes (es decir los Estados miembros de la Unión Europea) se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para «eliminar, en lo posible, las causas de una salud deficiente». Con un carácter más general, la Declaración de Alma-Ata, retomando lo recogido en la Constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud, subraya que la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y que para alcanzarlo es necesario que las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas. En particular, por lo que aquí respecta, nos referimos a una atención en salud eficaz, respetuosa con los derechos humanos y socioculturalmente pertinente.

disciplinas académicas como son la antropología social y cultural (y otras disciplinas de las ciencias sociales) y la medicina (en particular. la rama de la psiquiatría), que tratan de dar respuesta al fracaso de las terapéuticas en salud mental interpeladas por la alteridad. Esto es, cuando los instrumentos teórico-metodológicos destinados al éxito de la praxis terapéutica hegemónica ya no resultan suficientes para una nueva situación de multiculturalidad significativa[6] en la consulta.

Esta situación apela a un descentramiento, en forma de relativismo de los preceptos culturales dominantes, que visibiliza (como toda situación nueva que atañe a los límites, las fronteras y sus porosidades) la tensión entre la identidad disciplinaria académica etnocentrada y el objetivo de generar espacios de síntesis, de transgresión o cuestionamiento; de producir teorías y métodos capaces de responder a la complejidad de la nueva realidad, y, por ende, de promover una nueva configuración que transforme el medio receptor disciplinar (la consulta médica, en este caso) (Muñoz, 2015).[7] En este sentido, los ejes de análisis, en relación con los casos y modelos de prácticas terapéuticas que expondré, serán la transdisciplinariedad, la interdisciplinariedad y la contradisciplinariedad, entendidas como conceptos y procesos.

Por transdisciplinariedad me refiero a la trasposición de algunos elementos de una disciplina en otra; así, se sobrepasan esas disciplinas, pero también se conservan (Morin, 1998), como se verá en el primer caso de la formulación cultural de casos psiquiátricos en el hospital Puerta de Hierro. La interdisciplinariedad, como señala Lepetit (1992: 33), es «un proceso controlado de préstamos recíprocos entre las distintas ciencias del

6 Entiendo las situaciones de multiculturalidad significativa (ver Giménez, 1997) como aquellas en las que emergen diferencias (de tipo cultural o lingüístico e idiomático) entre los actores involucrados en una situación dada, como es la consulta médica, que se convierten en el vector problemático de la interacción e interpretación de las conductas de cada uno. Esto se traduce, para los actores, en una situación que les confronta con una alteridad, que puede ser un sistema (con su representante: el médico) o una persona (el migrante), diferenciada en términos de significación cultural.

7 «La interdisciplinariedad es un caso particular de las transferencias culturales […]. Los intercambios interdisciplinarios no se operan de manera aleatoria. Solamente pueden ser comprendidos en relación con el rol de subversión o de legitimación que juegan dentro de la disciplina que los acoge. Así, la cronología y las modalidades de la transferencia dependen inicialmente de la coyuntura del medio receptor […]. Por consiguiente, toda transferencia de conceptos, de problemas o de métodos va acompañada de su transformación» (Lepetit, 1992: 29).

hombre. Préstamos de conceptos, de problemáticas y de métodos para generar ciertas lecturas renovadas de la realidad social». Este proceso conlleva producir, en la relación y síntesis de disciplinas diferenciadas, un conocimiento nuevo, un producto diferente de los de aquellas disciplinas que contribuyeron a configurarlo (Follari, 2013: 13), como veremos en la clínica etnopsiquiátrica en Brugmann. Por último, entiendo por contradisciplinariedad el proceso que comprende la construcción de conocimiento de tipo teórico o práctico a través de la crítica a un corpus de conocimiento o a prácticas fundacionales y legitimadoras de una disciplina, como la psiquiatría biomédica, sin regirse por ninguna disciplina ni constituirse en una concreta. Este es el caso particular de las casas comunitarias peul en el modelo antipsiquiátrico intercultural (Muñoz, 2015).

A diferencia de la praxis psiquiátrica dominante, estas praxis clínicas y de acompañamiento producen una serie de narrativas, en forma de gramáticas de la alteridad (Baumann, 2004), sobre los *sujetos otros* a las que van dirigidas. Estas narrativas constituyen una parte importante de la constelación de representaciones y praxis alrededor del corpus profesional clínico o profano de acompañamiento. Se diferencian de las narrativas de la praxis biomédica hegemónica en la medida en que consideran la dimensión discursiva y cultural de su praxis, y producen, reflejo de la transgresión especular por la que se definen a sí mismas, un tipo de biografías sobre los destinatarios, entendidos como colectivos o individuos en contextos de migración. En este libro se discuten tres clases de biografías, correspondientes con cada praxis: la *biografía individualista interpelada* (en términos de Certeau, 2003), la *biografía colectiva de la trasplantación* y la *biografía desinstitucionalizada*.

En el primer caso, el de la biografía individualista interpelada, la transdisciplinariedad, reflejada en la perspectiva etnográfica en la psiquiatría clínica de la formulación cultural de casos psiquiátricos, interpela la concepción no biográfica ni relacional del encuentro clínico terapeuta-paciente vindicando su carácter cultural, interpretativo e intersubjetivo. El psiquiatra, descentrando la concepción autónoma y monocultural de su praxis biomédica, adapta técnicas específicas para el tratamiento clínico de las personas de origen extranjero desde la emergencia de un paciente narrado, el Robinson Crusoe patogénico como viajero predestinado por la biología y la lógica individualista de la explicación de su infortunio, y la relevancia de la visibilización del sujeto y de las condiciones que producen las narrativas.

Por su parte, la biografía colectiva de la trasplantación se genera a través de la aparición y producción de la alteridad, el diagnóstico del equívoco y la pluralidad del lugar (en términos de Certeau, 2003). Todos estos procesos sirven de catalizador terapéutico desde el trabajo interdisciplinario de conjuntos sociales experimentales en el espacio físico, social y cultural del encuentro clínico.

Por último, la biografía desinstitucionalizada parte de la coproducción, sin una mediación institucional (aunque con una concepción inaugural) de las narrativas relativas al proceso s-e-a/p, desde una perspectiva profana y contradisciplinaria basada en la convivencia, así como en un marco de oposición dialéctica con la autoridad del saber fundado en la psiquiatría hegemónica. Para ello, defiende la abolición del acto terapéutico a través de la concepción de *los otros* (los migrantes de origen extranjero) como actores con características (*ethos* colectivos en forma de representaciones y prácticas) resolutivas para las problemáticas de salud mental que sufren las personas, mayoritariamente autóctonas, a las cuales acompañan.

Praxis terapéuticas en salud mental adaptadas en la diversidad cultural

En los países del llamado *primer mundo*, las teorías y métodos de asistencia occidentales han sido criticados desde hace años por su insensibilidad a la diversidad cultural, así como por las limitaciones con las que se encuentra la práctica cultural biomédica frente a la aparición de pacientes que no pertenecen a las clases media y alta autóctonas. Tal y como señala Gailly (2010), las divergencias en cuanto a los valores y normas de esta praxis se han considerado, en salud mental, desviaciones o patologías en lugar de diferencias culturales. Del mismo modo se ha tendido a culpar del fracaso al paciente, pensando que carece de las habilidades y el nivel cultural, en términos evolutivos, necesarios y que, por tanto, no está preparado para la atención médica occidental. A lo largo de los años, la mirada hegemónica en el ámbito sanitario occidental ha considerado que los pacientes culturalmente diferentes tienen que adaptarse al sistema en lugar de que este disponga de métodos y modelos asistenciales adecuados a sus trayectorias, praxis y representaciones sociales.

En este sentido, mientras que en sistemas como el norteamericano hace años que se abordan, tanto en la literatura como en la práctica mé-

dica, cuestiones relacionadas con las competencias culturales,[8] en Europa esto no ha sucedido hasta hace relativamente poco. Lo cual tiene su explicación en el proyecto fundacional del estado de bienestar y su carácter igualitarista (Comelles 2004: 23).

La consolidación de Bélgica y España como receptores de flujos de inmigración se produce en momentos distintos. Mientras que la historia contemporánea de la tradición receptora de personas migrantes belga se remonta a la década de los años cuarenta y cincuenta, la española data de la década de los noventa. A causa de estos flujos migratorios se ha asistido a una mayor heterogeneización sociocultural en la composición de las sociedades de acogida.

En España y Bélgica, así como en otros países de Europa occidental, la interpelación del ars (bio)médica ha sido influida por la presencia de personas alóctonas con orígenes culturales diversos. Esto ha llevado a diversos profesionales de la salud a ampliar las aproximaciones y preguntas sobre sus praxis clínicas en el ámbito terapéutico. Uno de los motivos principales ha sido la mencionada falta de eficacia de los modelos terapéuticos vigentes, manifiesta, principalmente, en las terapias pertenecientes al campo de la salud mental. Una explicación de ello es que en este dominio se encuentran en mayor medida las implicaciones que conciernen a los modelos explicativos del paciente y del terapeuta sobre el proceso salud-enfermedad-atención. Esto, sin duda, sucede también en el área somática, pero no de manera tan relevante (al menos en cuanto al número de fracasos en una aproximación monocultural etnocéntrica) como en el caso de la salud mental (Leman y Gailly, 1991). A su vez, la atención en salud mental evidencia las relaciones de poder desiguales entre el terapeuta y el paciente presentes en procesos como, en términos de Taussig (1980), el de la reificación de la experiencia del padecimiento en las categorías biomédicas de la enfermedad.

Con diversas particularidades y tiempos en cada país, las nuevas praxis o los intentos de adaptación de la terapéutica dominante se han pro-

8 Kymlicka (1996) afirma que esto es debido a un cambio de conciencia en la atención sanitaria en la diversidad cultural, en la línea de la discusión sobre los derechos de las minorías. Comelles (2004: 23) señala que la revitalización de la cultura en el medio sanitario proviene de razones jurídico-normativas, más que propiamente culturales, que desde un modelo de cultura jurídica hacen hincapié, por miedo a posibles represalias, en una exhaustiva traducción de los documentos que firma el paciente, así como de la información que le es transmitida. El desarrollo de las competencias jurídicas o lingüísticas, en este sentido, poco incidirá en la sensibilidad a una atención en la diversidad cultural.

ducido en Bélgica, a finales de los 80, y en España, a principios del 2000 (Muñoz, 2015). Las respuestas a esta problemática en Bélgica y España han sido de distinta intensidad en función de características históricas ya mencionadas como la recepción de personas migrantes y la consiguiente heterogeneización de las trayectorias socioculturales de los usuarios de sus instituciones de salud, así como de las políticas de gestión de la diversidad cultural y del influjo de corrientes teórico-metodológicas específicas, como en el caso de la etnopsiquiatría, en la atención en salud mental.

Por lo general, se ha dado un proceso en distintos tiempos que ha desembocado (o lo está haciendo) en que los profesionales vayan abriendo paulatinamente la perspectiva hacia otros esquemas de relación entre los sexos, otras concepciones y prescripciones religiosas, otros modelos familiares y representaciones de la salud y la enfermedad. Esto ha dado lugar, por ejemplo, a diferentes interpretaciones de los hechos por parte de los profesionales sanitarios, según estén ligados al sistema occidental (biomédico) o no occidental, en corrientes como la terapia sistémica familiar. También ha generado planteamientos que subrayan la necesidad de la formación del personal sanitario en la formulación cultural de casos clínicos o en competencias culturales, así como en la implementación de medidas de mediación lingüística-cultural (Leman y Gailly, 1991).

Asimismo, este cambio de perspectiva también es la causa de transformaciones en la concepción del espacio terapéutico, sus participantes y los ejes teórico-metodológicos de intervención clínica y problematización del proceso s-e-a/p, este es el caso de la etnopsiquiatría. Esta transformación tiene lugar en el medio institucional de atención en salud de derecho común, promovida por actores puntuales o programas concretos de índole estatal/regional; así como en el medio asociativo, en el que impulsa la emergencia de nuevas formas de acceso y configuraciones específicas en la atención sanitaria, con mayor o menor autonomía respecto a la red de cuidados normalizada según el caso. En dicho contexto ha emergido a su vez, en Bruselas, una praxis adscrita a la corriente antipsiquiátrica con un carácter intercultural que produce formas de acompañamiento del padecimiento dialécticamente opuestas a la concepción terapeutocéntrica y promueve la implicación de colectivos sociales y culturales en el proceso.

El disfrute de la salud se deriva, tal y como señala Margaret Whitehead (1992), no solo del acceso a la atención médica o de características del orden biológico, sino también de factores vinculados a la posición en la estructura de la sociedad. Esto es, de la mayor o menor exposición a

los determinantes sociales de la salud (en términos de Breilh, 2011) que operan diferencialmente a través de la estratificación social existente en las sociedades. Estos determinantes están distribuidos de manera desigual y son el resultado de variables como el acceso a los recursos económicos, la situación en el mercado laboral, el medio físico y social o, como especialmente veremos en algún ejemplo en esta investigación, la situación jurídica/administrativa de la persona. De esta manera las condiciones materiales de existencia, y la posición socio-estructural que ocupan los sujetos incidirán en la morbilidad y la mortalidad mostrando una relación constante entre salud y posición social (Nettleton, 1995).

Si bien aquí abordaremos la dimensión relativa a la atención en salud, el caso de las personas migrantes de origen extranjero está condicionado por varios de los factores mencionados debido, especialmente,[9] a la situación jurídico-administrativa de irregularidad que coadyuva a la enajenación en el mercado laboral por las condiciones precarias de trabajo aceptadas a causa de la imposibilidad de acceso al trabajo regulado. Dicha situación también contribuye al desarrollo de problemáticas de salud mental relacionadas con las exigencias abrumadoras de adaptación y el miedo a ser deportado; todo ello en un contexto de violencia estructural y aislamiento que dificulta la elaboración de los duelos migratorios que, por ejemplo, dificulta la elaboración de los duelos migratorios (Achotegui, 2006).

En la atención sanitaria a la población inmigrante, en contextos de multiculturalidad significativa, no siempre hay implícitos aspectos sustancialmente distintos de los que aparecen en la población autóctona. En este sentido, la atención sanitaria en la diversidad cultural, lejos de ser un fenómeno novedoso, existe desde el nacimiento de la atención médica. Comelles (2004: 24) señala que el efecto de la inmigración llamará la atención sobre la necesidad de coproducir y gestionar las variables culturales, desafiará una concepción de homogeneidad cultural compartida por la mayoría de la ciudadanía y representará elementos de reorganización de la cultura de la salud, en el conjunto de la población, al cuestionar la organización de los dispositivos, demandar nuevas estrategias de formación y abrir espacios imprevistos de uso.

9 La segregación en el mercado laboral, el acceso a una vivienda digna y otros determinantes sociales de la salud operan a través de variables como por ejemplo la estratificación social en términos de las articulaciones de clase social, racialidad (entendida como el proceso de racialización de la diferencia étnica-cultural) y género.

La significación de una alteridad en el espacio de derecho común de la asistencia sanitaria en Bélgica y España cuestiona las praxis y representaciones relativas a la concepción universalista y monocultural de la biomedicina. También afecta a las lógicas estructurales y a las violencias institucionales (Muñoz, 2014*a*) que se articulan en los ámbitos sanitarios públicos y que, en lo relativo a la salud, influyen tanto en el disfrute de estos como en la accesibilidad a la atención de ciertos sectores de la población. Concretamente es el caso de aquellos forzados por la legislación a ser *outsiders*, como los migrantes en situación administrativa irregular, o de aquellas personas cuyas trayectorias socioculturales son diversas[10] y no coinciden con la norma sociocultural dominante (ver Waitzkin, 1991) en el universo biomédico.

La atención médica en la diversidad cultural dibuja una serie de contradicciones que guardan relación con la tendencia universalista de la ciencia biomédica occidental, que prescinde de la asunción de su propia especificidad cultural; así como con las concepciones y prácticas monoculturales que se desarrollan en el seno de las instituciones de atención en salud. En este sentido, cabe destacar la concepción evolucionista del discurso biomédico dominante que, como dice Kleinman (1995), apuesta por una concepción positivista de pretensiones intolerantes hacia otros modelos explicativos, con un carácter eminentemente reduccionista y biologicista donde lo psicológico, lo social y lo cultural son meros epifenómenos que ocultan la «verdadera realidad».

Más allá de entender las praxis y modelos de intervención intercultural en salud mental, desde la dimensión cultural y exclusivamente intersubjetiva del encuentro entre el clínico y el paciente, aquí interesa invitar a la discusión sobre la articulación sujeto/estructura de las praxis. Debemos concebirlas desde su inserción en escenarios institucionales y políticos que dibujan e interpelan al escenario macro en el que estas, llevadas a cabo por actores individuales o colectivos, se mueven con mayor o menor autonomía.

10 Lo cual sucede también con otros colectivos y personas con itinerarios socioculturales diversos como las minorías étnicas nacionales. Del mismo modo, se puede articular, en una doble segregación, la etnicidad nacional discriminada por la población mayoritaria (por ejemplo, la población gitana) y la migración desde países en los que existen estos colectivos culturales y étnicos.

De la producción clínica del otro al binomio cultura-migración en el Estado nación

¿Quiénes son *los otros* en las praxis interculturales en salud mental?

En el ámbito de la atención médica en salud mental, ser considerado «otro» está mediado por el binomio de la cultura/migración cuando a través de este se interpretan los eventos problemáticos para la eficacia terapéutica y el acceso a la asistencia sanitaria en la relación terapeuta/paciente/institución. La cultura-migración se inscribe en procesos de racialización cuando posee un carácter genealógico que ni la asimilación podrá revertir; y cuando, de forma articulada, se basa en diferencias culturales naturalizadas en contextos de estratificación étnica-cultural de la sociedad ideológicamente racializada y, por ende, articuladas a la clase social y a la procedencia determinada por la concepción de *ciudadanía* de los Estados nación.

La migración y el encuentro con la diversidad cultural en la campaña expansiva del colonialismo europeo se ha considerado un problema desde la época de la revolución industrial (Wieviorka, 1992; Wallerstein, 1991). En primer lugar, por el encuentro y la gestión de la diversidad en los territorios conquistados; en segundo lugar, por la migración interna (del campo a la ciudad) entre los Estados nación europeos y entre Europa y Estados Unidos a finales del siglo XIX y principios del XX (Thomas y Znaniecki, 1958 [1918]).

Desde las teorías sociológicas, con corrientes críticas como la de la Escuela de Chicago, hasta las psiquiátricas, con el uso del degeneracionismo y el racialismo de la psiquiatría colonial en Carothers (McCulloch, 1995) y Manoni (Bloch, 1997), la migración (articulada a la modernización, la industrialización, la pauperización y proletarización) se ha considerado problemática y explicativa del conflicto social y, a través de la aplicación del darwinismo social spenceriano en políticas racistas como el eugenismo, de la evolución humana. La migración-pobreza-industrialización de antaño se reactualiza en el trinomio análogo de la migración-cultura-Estado nación actual. En este sentido son diversas las críticas que se han realizado a algunos de los dispositivos de atención en salud mental destinados a la alteridad, especialmente a la etnopsiquiatría.[11]

11 Ver, entre otros, Fassin (1999*b*).

A diferencia de otros trabajos realizados principalmente en Francia en los últimos años,[12] este estudio discute (desde una perspectiva antropológica teórica y de carácter aplicado) los límites, el alcance y las problemáticas *del otro* (migrante extracomunitario) como sujeto destinario alterizado, pero también como actor especular que genera resistencias, porosidades y transformaciones teórico-prácticas en la atención y acompañamiento en salud mental. Esto es, analiza qué hacen los psiquiatras, imaginando a un *otro* cultural, para mejorar la eficacia terapéutica en la diversidad cultural, y cómo la concepción cultural de su praxis psiquiátrica (y la percepción del otro como redentor desde praxis creativas de acompañamiento del padecimiento) cuestiona, cuando no abole, el universalismo biomédico como esquema soteriológico (en términos de Good, 1994).

Cuando los médicos (o acompañantes en el proceso curativo) consideran relevante la explicitación de su cultura en el contexto clínico, esto sucede de manera diferencial en función de la mayor o menor relativización del modelo biomédico hegemónico de la praxis psiquiátrica; y siempre a través de la concepción *del otro* desde el binomio cultura-migración. La cultura-migración, entendida desde la concepción autóctono-alóctono, está determinada por la ciudadanía. Así pues, los destinatarios de las praxis pertenecientes a los modelos aquí analizados son mayoritariamente personas migrantes de países externos a la Unión Europea.[13] En el acceso y disfrute de sus servicios, la institución médica escenifica el las fronteras étnico-culturales y de clase social del Estado nación a través de una minorización cultural (en términos de Jordan, 1993) sistémica del paciente alóctono, que opera desde la asimilación-identificación con los profesionales de la salud y la cultura organizacional de atención como representantes de la sociedad mayoritaria en la que se inscribe. Para ello, como institución voraz que exige lealtades exclusivas a sus miembros (Coser, 1978), la institución actúa a través del eje de la afiliación-desafiliación del usuario en apariencia voluntaria, pero mediada por la necesidad de la atención médica y por la privilegiada posición de persuasión-captación del modelo de atención biomédico dominante frente a sus competidores en el mercado de la salud; es decir, el *homo biomedicus*.

12 Ver Lurbe (2006) y Larchanche (2010).

13 Como veremos, tanto la FCCP analizada como la etnopsiquiatría han diversificado sus destinatarios ampliándolos a, por ejemplo, minorías étnicas autóctonas o migrantes internos del campo a la ciudad. Si bien la mayoría pertenecen a la población migrante extracomunitaria.

En este escenario, el homo biomedicus, como un sujeto concebido desde una narrativa dominante como incorporador y reproductor de procesos de medicalización a partir de «conductas racionales y elegidas libremente» (análogas al homo economicus), vehicula tres ejes de disputa, normalización y resignificación del proceso s-e-a/p: en primer lugar, el fundamento vivencial de la experiencia; en segundo lugar, la autoridad para producir biografía, y, por último, el territorio de la pugna por la identidad del distrés a través de la dimensión biológica, cultural y política del padecimiento y su reificación, en términos de Taussig (1980), como enfermedad. Estos ejes de disputa están orientados hacia la asimilación biomédica (o la hegemonización selectiva de sus narrativas y praxis), en gran medida, por el monopolio de la eficacia terapéutica que se le atribuye a esta. El sujeto migrante interpela a dicha eficacia, siendo el depositario de su fracaso, en contextos de multiculturalidad significativa en los que, como en la salud mental, la relacion terapeuta-paciente-institución depende fundamentalmente de la narración y del ejercicio interpretativo en torno a ella.

La desactualización del ethos institucional biomédico, reflejado en el fracaso de la eficacia terapéutica, cuestiona el orden natural del funcionamiento de las instituciones de salud e insta a asumir dos posiciones. Por un lado, existen problemas con la integración de ciertos pacientes migrantes, pero también de ciudadanos racializados[14] con la categoría *origen migrante*,[15] en el modelo biomédico y hay que reforzar, desde una concepción heterónoma de las instituciones de salud y la sociedad (en términos de Castoriadis, 1999), la culminación de dicho proceso. Por otro lado, se debería entender la atención médica como un campo autónomo, según Castoriadis, no determinado por factores externos como la naturaleza, la necesidad histórica o los antepasados, y generar prácticas y aproximaciones clínicas con un carácter crítico con el modelo de atención imperante (entendido como un producto de la creación humana sujeto a cambios) y, por ende, resolutivas y horizontales. El segundo caso es el aquí se propone, a través de tres modelos de atención en salud mental intercultural. Estos modelos, en relación con el corpus teórico-práctico etnocentrado de la praxis psiquiátrica biomédica y su relativización, establecen con distintos alcances e implicaciones una concepción *del otro* que permite institucionalizar o sedimentar, desde su narrativa fronteriza, la mirada clínica descentrada.

14 Ver discusión sobre el neorracismo y la migración de Balibar (1988).

15 Ver discusión sobre el concepto «segunda generación» de Sayad (Sayad, 1981).

¿Quién enuncia al otro y con respecto a qué? Gramáticas de la alteridad y producción de biografías

La etnopsiquiátrica y la antipsiquiátrica son aproximaciones terapéuticas y de acompañamiento que transforman el modelo biomédico dominante mediante novedosas propuestas teóricas y prácticas, así como a través de la producción de biografías.[16] Para ello, a partir de su marco teórico-metodológico, consideramos que utilizan las tres gramáticas de la alteridad mencionadas por Baumann (2004): la orientalista de Said, la relativa a la segmentación y el estudio sobre los nuer de Evans-Pritchards y la correspondiente al englobamiento y la apropiación de Doumont y el sistema de castas en India.[17]

La gramática orientalista de Said, con respecto a los imaginarios que desde Europa se tienen de Oriente en su modalidad binaria (nosotros-los otros) de inversión, se aplica tanto a la antipsiquiatría como a la etnop-

16 El modelo occidental adaptado no transforma sustancialmente, como veremos, la praxis biomédica dominante. Si bien denomina a su población clave como *los otros* y utiliza el recurso etnográfico para entender la importancia de la cultura, equivalente en la mayor parte de los casos a *la migración*, en la praxis clínica y la eficacia terapéutica. No obstante, y con este objetivo, produce un tipo de biografía relativa a los sujetos destinatarios, que, a su vez, define su lugar sociocultural respecto a la práctica biomédica dominante.

17 En el caso de Said el orientalismo tiene que ver con cómo Europa se representó a sí misma ante Oriente a través de una modalidad binaria (nosotros-los otros) de inversión. Esto es, desde Occidente no solo se denigraba lo considerado como oriental, sino que también se deseaba. Un ejemplo son las siguientes categorías: Occidente positivo: racional, ilustrado, tecnológico. Occidente negativo: calculador, sobrio, materialista. Oriente negativo: irracional, supersticioso, atrasado. Oriente positivo: espontáneo, refinado y místico (Baumann, 2014: 99).

En el caso de Evans-Pritchard y su estudio de los Nuer, la gramática, segmentaria denominada como una *anarquía ordenada*, tiene que ver con cómo se determinan alteridades e identidades en función del contexto. Por ejemplo, «mientras en una guerra de sangre un nuer debe considerar como otro (enemigo) a un vecino implicado en el asunto [...], ese mismo vecino puede ser un aliado en el contexto de otro conflicto a nivel de clanes o [...] frente a una amenaza externa de conquista colonial» (Baumann, 2004: 100).

La gramática del englobamiento de Doumont, en su análisis del sistema indio de castas, opera a través de la apropiación (adopción y captación) de formas escogidas de otredad. Esto es, en el interior de una identidad definida (la dominante) se lleva a cabo un englobamiento jerárquico de *los otros*, subordinados, como parte de nosotros. Un ejemplo de ello es Tomás de Aquino, que, a causa de su preocupación por la amenaza del infierno para los virtuosos paganos de la Grecia clásica, considerará a los filósofos Sócrates, Platón y Aristóteles como *cristianos por anticipado*: «El alma humana es cristiana por naturaleza», afirmará (Baumann, 2004: 106).

siquiatría. En el caso del modelo antipsiquiátrico intercultural, *los otros* (refugiados y migrantes peul) poseen valores en torno a la convivencia y la diferencia que nosotros, los autóctonos de Bélgica, ya hemos perdido. Estos, antagonistas de aquellos en una sociedad fuertemente individualista como la de Bruselas, operan como desencadenantes de la curación. En la etnopsiquiatría, *los otros* modifican el medio receptor de la consulta etnopsiquiátrica, la hacen colectiva, con el objetivo de materializar la alteridad y convertirla en un catalizador terapéutico a partir de una concepción de la ciudadanía y de la atención opuesta al asimilacionismo y complementaria a la concepción biomédica desde la vindicación del origen migratorio y la atención en salud de tipo tradicional.

La gramática relacionada con la propuesta de Doumont con respecto al sistema de castas en India (el englobamiento y apropiación de los otros como fundamento explicativo de uno) se traduce, en el caso de la antipsiquiatría intercultural y la etnopsquiatría, en la concepción de que *los otros* son parte del *nosotros* y permiten explicarlo. En la antipsiquiatría intercultural, esta gramática opera en el abordaje comunitario y el intercambio intercultural. Se entiende que *los otros*, en una sociedad multicultural como la belga, son una parte subordinada (la metáfora de unos valores) que todavía existe de forma difusa y que se puede institucionalizar a efectos curativos. Asimismo, se puede establecer un marco de convivencia que ponga en contacto dos formas de exclusión: la del exilio en los peul y la de la estigmatización en las personas belgas que sufren dolencias de tipo mental. En la etnopsiquiatría sucede de forma análoga, ya que se reivindica un *ethos* del multiculturalismo en la sociedad belga y en su reflejo en la consulta médica que, subordinado por el asimilacionismo, se expresa en forma de *pathos* y regresa para recordar la fantasía pesadillesca, encarnada por el padecimiento, de la *performance* de la homogeneidad cultural.

La gramática de la segmentación, relacionada con Prichards y su estudio sobre los nuer, podemos entenderla como una concepción relacional del contexto (terapeuta-paciente-institución) en transformación, que pasa de un antagonismo con la alteridad a una alianza con esta en el abordaje del padecimiento mental. Así, si la alteridad como antagonista aboca al fracaso de la atención en la clínica y cuestiona los límites y porosidades de la práctica biomédica hegemónica, también puede ser una aliada a la hora de mejorar la eficacia terapéutica o curativa, si se movilizan antagonismos y alianzas de forma estratégica a través de la relativización cultural de dicha práctica.

La gramática se relaciona con la biografía como instituyente de discursos que se vinculan a la realidad. En función de quien enuncia a *los otros* y desde qué marco de referencia lo hace, hemos diferenciado entre tres tipos de biografía: la biografía individualista interpelada, en la FCCP; la biografía colectiva de la trasplantación, en la etnopsiquiatría, y la biografía desinstitucionalizada, en la antipsiquiatría intercultural.

Si bien hasta ahora nos hemos centrado en las distintas praxis y en los discursos institucionales que las sustentan, a continuación nos centraremos en su articulación con las políticas de la gestión de la diversidad cultural y sus modelos.

De las políticas de gestión de la diversidad cultural a las praxis clínicas en salud mental

Podemos distinguir (siguiendo a Castles y Miller, 1998, en Kirmayer, Guzder y Rosseau, 2014) cuatro modelos de ciudadanía que se articulan con las historias migratorias nacionales occidentales, así como con el desarrollo de la psiquiatría cultural y con la atención en salud mental en la diversidad cultural; estos son: 1) modelo imperial (Inglaterra), que une a diversas personas bajo una misma regla; 2) modelo étnico (Alemania), que define la ciudadanía en términos de descendencia, lenguaje y cultura; 3) modelo republicano (Francia), que define el Estado como una comunidad política basada en leyes que los recién llegados tienen que adoptar para ser considerados ciudadanos, y 4) modelo multicultural (Australia o Canadá), que comparte la definición de comunidad con el republicano, pero acepta la formación de comunidades étnicas dentro de la política. El devenir de los servicios de salud destinados a *los otros* está fuertemente vinculado con dichos modelos, historias migratorias[18] y tradiciones terapéuticas, como veremos en el caso de la etnopsiquiatría nathaniana en Bruselas.

La multiculturalidad y la inmigración son dos de las grandes transformaciones sociales acontecidas recientemente en los países europeos, según afirma Zapata-Barrero (2004). Según este autor, los debates sobre si

18 Por ejemplo, las políticas en salud mental basadas en un enfoque antirracista en Inglaterra o el énfasis en las barreras lingüísticas en Australia (Kirmayer, 2014). Encontramos una analogía en el caso de la mediación intercultural u otros equivalentes en estos países y modelos mencionados (Muñoz, 2013).

las sociedades son multiculturales o si no los son, así como si deben serlo, son superfluos si se tiene en cuenta que la multiculturalidad es un proceso histórico irreversible de las sociedades contemporáneas. Se trata más bien de discutir sobre cómo se gestiona la diversidad cultural sin contradecir los valores democráticos de las sociedades de acogida migratoria. Para ello, es necesario un giro estructural en el que se aborde la cuestión de la relación entre las instituciones y los inmigrantes en la línea de un debate sobre la gestión del espacio público. No obstante, según Zapata-Barrero (2004: 75), el multiculturalismo, más allá de un juicio de hecho (un proceso histórico irreversible), es también un juicio de valor y se refiere a un modelo de sociedad donde la relación entre todas las culturas existentes es de igualdad; donde todas ellas tienen un mismo reconocimiento en la esfera pública.

Esta aproximación teórica considera que se pasaría de un modelo de gestión sociopolítico no pluralista (monocultural), como es el caso del asimilacionismo (por ejemplo, Francia) y el llamado *melting pot*, al modelo pluralista del multiculturalismo. En este último, el esquema de relaciones interétnicas apoya la igualdad social y de oportunidades a la par que el derecho a la diferencia; a su vez, el Estado promociona las culturas originarias de las minorías (López Sala, Ana María; 2005: 90).

Con un argumento de corte liberal, Kymlicka (1996) considera que las políticas migratorias multiculturales han sido las más eficaces para conseguir la integración de los extranjeros en la sociedad de acogida, así como en la gestión de la diversidad cultural. En este sentido, se asume que todas las democracias liberales son multinacionales y poliétnicas; el desafío del multiculturalismo es acomodar dichas diferencias de una manera estable y moralmente defendible (Gutmann, 1993, en Kymlicka, 1996).

Partiendo de una posición crítica con el mencionado modelo de gestión de la diversidad cultural multiculturalista (un modelo de corte liberal concebido por el Estado), diversos autores subrayan que tiene una pretensión de vaciamiento político y racismo epistémico (ver, en el contexto de Latinoamérica, Walsh, Linera y Mignolo, 2006). En este sentido, Jameson y Zizek (1998) defienden que esta concepción del multiculturalismo y su respeto por la especificidad *del otro* es, desde una posición universal privilegiada, la forma de reafirmar la superioridad propia; dicho de otro modo, las diferencias culturales, así como su discusión y defensa, permiten «dejar intacta la homogeneidad básica del capitalismo mundial».

Desde el punto de vista político/normativo, el término *sociedad intercultural* proviene del discurso político quebequés de la década de los años setenta y hace referencia al modelo de integración de minorías en este contexto frente al multiculturalismo constitucional federal.[19] Giménez (1997) señala que, frente a la foto fija que ofrece la expresión *multiculturalidad*, el elemento diferenciador de la *interculturalidad*, con respecto a modelos anteriores, es que se adecúa mejor a la concepción compleja y dinámica de la cultura. Se hace énfasis en la comprensión, el cuidado, la promoción y la regulación adecuada de la interacción sociocultural y lo que ello conlleva; esto es: aprendizaje, comunicación, convergencia, acercamiento, nuevas síntesis y resolución de conflictos. Como menciona Walsh, desde una postura crítica con el uso de las políticas multiculturalistas e interculturales en las llamadas democracias liberales:

> No se trata simplemente de reconocer, descubrir o tolerar al otro o a la diferencia en sí. Tampoco se trata de esencializar identidades o entenderlas como adscripciones étnicas inamovibles. […] Más bien se trata de impulsar activamente procesos de intercambio que, por medio de mediaciones sociales, políticas y comunicativas, permitan construir espacios de encuentro, diálogo, articulación y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas, lógicas y racionalidades distintas. (Walsh, 2009: 45)

Sumado a la cuestión epistémica y a su vínculo con el poder y la colonialidad, considero relevante una crítica a la concepción museística y vertical de la multiculturalidad e interculturalidad vinculada con el acceso y la distribución de los recursos (en este caso relacionados con el proceso s-e-a/p y, concretamente, con la atención en salud), así como con la economía política del padecimiento, en la cual las diferencias de clase, étnica y de género se convierten y reactualizan en desigualdad social. Veremos más adelante en qué consisten los modelos de las políticas de gestión de la diversidad cultural en Bélgica y España.

19 Al igual que el modelo multiculturalista, el plurinacionalismo ha sido un proyecto de concepción del Estado nación y de gestión de la diversidad cultural impulsado desde el Estado en diversos países de Latinoamérica; por ejemplo: Ecuador o Bolivia (Cruz, 2013). Así, la interculturalidad tiene un importante lugar (no exento de contradicciones en su concepción y puesta en práctica) en la salud o la educación.

Las prácticas interculturales,[20] que aquí abordamos con tres estudios de caso representativos, en la actualidad (2010) están circunscritas a los ámbitos institucional y asociativo de la salud mental en Bélgica y España. Estas prácticas han sido implementadas por actores puntuales con el interés compartido de intentar hacer más resolutivo el tratamiento terapéutico o acompañamiento, aunque no existe una política pública en este sentido. Sin embargo, responden, especialmente en el caso de la etnopsiquiatría, a la confrontación con el modelo político asimilacionista de gestión de la diversidad cultural, el cual abordaremos posteriormente.

La atribución de la categoría *intercultural* se refiere (con especificidades distintas en cada praxis, pero todas ellas agrupadas en un marco epistemológico compartido) a la relevancia con la que se aborda, como sujeto de interés, la dimensión cultural[21] en los itinerarios e interacciones del profesional sanitario (o acompañante, como en el caso de la antipsiquiatría) y paciente. Asimismo, la interculturalidad también hace referencia a la posición central que adquiere la consideración de tender nexos o reformular problemáticas (Giménez, 1997) entre actores en situaciones sociales de multiculturalidad significativa. Este es el caso, por ejemplo, de las diversas representaciones, o *modelos explicativos* (Kleinman, 1980), del proceso s-e-a/p que pueden tener el psiquiatra y el paciente; pero también de la concepción de las relaciones sociales, y respecto a las desigualdades de poder, existente entre ambos.

A diferencia de la concepción de multiculturalidad, en la que varias culturas coexisten sin que se produzcan intercambios entre ellas mientras se las empuja a integrarse en la cultura dominante; en este caso, la in-

20 Para saber más sobre la denominación de *práctica terapéutica intercultural*, ver Devereux (1977), Leman y Gailly (1992) o Sue, Ivey y Pederson (1996). Existe una constelación de prácticas de mediación intercultural en el ámbito sanitario, el cual incluye el de la salud mental, en Bélgica; está cohesionada e impulsada en todo el territorio del país por una política pública estatal (ver, entre otros, Verrept y Louckx, 1997; Verrept, 2008). En España, esto se da en el campo de la atención médica de primer, segundo y tercer nivel, como prácticas llevadas a cabo por actores puntuales del ámbito académico o de la sociedad civil (Muñoz, 2013).

21 Algunas definiciones del concepto de *cultura* (entendida esta como proceso empírico, así como concepto teórico construido por el investigador) aplicables a la temática que nos ocupa las dan, por ejemplo, Hall (1976), Roosens (1989) o, en su relación con un contexto terapéutico intercultural, Gailly (2010).

terculturalidad en dichas prácticas[22] terapéuticas implica una dimensión transaccional para adoptar (en términos de Giménez, 1997) una visión más amplia, relacional y dinámica del propio concepto de cultura. Lo cual nos lleva a su vez a subrayar la importancia de una concepción relacional del contacto cultural enfatizando que «en la inscripción y articulación de la hibridez de la cultura [...] debemos recordar que es el *inter* (el borde cortante de la traducción y negociación, el espacio intermedio, *in-between*) el que lleva la carga del sentido de la cultura» (Bhabha, 2002: 59).

Estas transacciones incluyen, en algunos casos, la incorporación en las consultas de modelos interpretativos, dispositivos y metodologías de intervención clínica inspirados en los universos culturales de origen de los pacientes y producidos en la porosidad del lugar fronterizo donde el encuentro, la apropiación o la reinvención cultural tienen lugar a través de la construcción, con institucionalizaciones diversas,[23] de narrativas biográficas del sujeto y colectivos destinatarios. Lo cual nos lleva indefectiblemente a reflexionar, en la búsqueda de la eficacia terapéutica y la curación, sobre las formas en las que se posibilita, articula o condiciona el cambio, la hibridación o la separación en y/o contra un medio disciplinar (como es el campo clínico de la psiquiatría institucional), a través de la transdisciplinariedad en el modelo occidental adaptado, la intersdisciplinariedad en el modelo etnopsiquiátrico y la contradisciplinariedad en el antipsiquiátrico intercultural.

Tres modelos interculturales en salud mental: aspectos teórico-metodológicos

En este apartado se discute el principal eje de problematización de las prácticas interculturales en salud mental correspondientes al modelo occidental adaptado, el modelo etnopsiquiátrico y el antipsiquiátrico intercultural. Esto es: el universalismo del modelo biomédico hegemónico versus su relativismo cultural. La interculturalidad en las praxis terapéuticas o

22 Devereux (1951) establece una diferencia entre terapias metaculturales, intraculturales e interculturales en la praxis etnopsiquiátrica en función del uso de la perspectiva etnográfica y el abordaje de la cultura como fenómeno significativo en el encuentro clínico. Se desarrollará en el apartado correspondiente a la etnopsiquiatría.

23 Como dice Certeau (2003): «Las instituciones tienen por función hacer creer en una adecuación del discurso y de lo real, presentado su discurso como la ley de lo real».

de acompañamiento en salud mental que se discute en este libro parte del cuestionamiento (en campos sociales diversos con condiciones prácticas diferenciadas como son el ámbito institucional sanitario y el asociativo) del principio disciplinar de la psiquiatría clínica relativo a la concepción universalista biomédica de su praxis.

Dicho cuestionamiento se debe a la aparición, en el nivel microinstitucional, de una alteridad en un contexto de multiculturalidad significativa, reflejado por el vector problemático cultura-migración, que provoca el fracaso del encuentro terapéutico entre el psiquiatra y el paciente, y hace patentes las contradicciones y lógicas culturales de dicha relación. Igualmente, en un nivel macro, la problematización surge con el cambio progresivo de las condiciones históricas y sociales de las agendas políticas y profesionales, o bien de las características de los medios vehiculares en los que estas se insertan (la situación de diversidad cultural novedosa en la clínica o la confluencia entre un marco político y unas demandas sociales determinadas). Estos procesos sociales permiten espacios de acción, coyunturales, en los que introducir cambios culturales (en el sentido de Gramsci 2009, [1975]) que transformen las prácticas hegemónicas y visibilicen aspectos de la economía del poder de los modelos que las constituyen.

En este sentido, nos referimos a la relativización cultural (con distintos grados de penetración en las tres praxis que se discuten) del modelo psiquiátrico biomédico hegemónico. A este tenor, consideramos que las praxis que aquí se analizan están atravesadas por el eje del universalismo biomédico de dicho modelo y por su relativización cultural. A continuación explico a qué me refiero por ambos conceptos: el universalismo biomédico occidental se comprende de las tendencias etnocentristas y universalizantes del modelo biomédico. Se trata de un modelo de práctica e intervención científica caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista y racionalidad científico/técnica, así como por su enfoque eminentemente biológico y técnico en el abordaje del fenómeno s-e-a/p.

Por su parte, el modelo médico hegemónico es un concepto enunciado por Menéndez (1984), quien considera que el proceso capitalista conduce a la emergencia de varios modelos de atención médica. Este modelo se caracteriza por el biologicismo, una concepción teórica evolucionista-positivista, la ahistoricidad, la asocialidad, el individualismo, la eficacia pragmática, la concepción mercantilista de la salud y, entre otros, la relación asimétrica entre médico y paciente. En dicho proceso capitalista, este modelo intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos, lo

cual en la práctica social se resuelve mediante la apropiación y transformación de estos, que, cada vez más, constituyen derivados complementarios o conflictivos del modelo hegemónico (ibídem).

En el caso del universalismo biomédico, cuanto más se le aproximan las praxis interculturales, mayor es la influencia, en sus características teórico-metodológicas y prácticas, de los presupuestos dominantes del modelo biomédico hegemónico. En el caso del relativismo cultural, las praxis interculturales en salud mental relativizan la cultura biomédica de la que parten, lo que provoca que se alejen de este enfoque, y consideran o integran los elementos y presupuestos de la cultura (concebida de origen) de los destinatarios por medio de la apropiación, la reinvención o la hibridación.[24]

Para ello, apelan desde la transdisciplinariedad e interdisciplinariedad (en el caso de la FCCP y la clínica etnopsiquiátrica) a aproximaciones teórico-metodológicas de disciplinas como la antropología; o bien al ejercicio contradisciplinario de la disolución de la relación de saber y poder experto/profano, reivindicando la coproducción de conocimientos relativos a la salud-enfermedad-curación en el caso de la práctica antipsiquiátrica intercultural en las casas peul. Es relevante apuntar que, en lo relativo a las terapias, la situación exclusiva en uno u otro eje, siendo únicamente relativistas o etnocéntricas y universalistas, desencadenaría efectos diversos; entre otros, la dificultad o imposibilidad del encuentro terapéutico intercultural (Gailly, 2010). Por otra parte, cabe recordar que los términos *universalismo* y *relativismo* son, a su vez, conceptos con origen en Europa y Estados Unidos, y que comprenden unas dimensiones determinadas desde una nominación etnocentrista. Para más información sobre la construcción de estas nociones, recomiendo ver Kroeber (1948), Herskovits (1969) o Devereux (1980).

Los tres modelos de intervención intercultural en salud mental relativizan algunos elementos del enfoque cultural teórico-metodológico dominante de la praxis psiquiátrica en función de su distanciamiento con ella. Los elementos comprometidos por dicha relativización son: *a)* el terapeuta recibe a los pacientes en el cuadro de un encuentro clínico de

24 En muchas ocasiones esto no es estático. En las terapias interculturales hay praxis y supuestos teóricos que se acercan metodológica o epistemológicamente más a un eje u otro; con diferentes objetivos y efectos.

configuración dual;[25] *b)* existe una división inaugural, en la conformación del encuentro clínico y las expectativas de los actores involucrados, de poder/saber que se refleja, entre otros aspectos, en la división excluyente y asimétrica entre el saber profano del paciente y el saber experto del terapeuta; *c)* predomina un enfoque técnico y positivista en el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y pronóstico de la enfermedad, y *d)* el modelo explicativo dominante está definido y roturado en la praxis clínica a partir de una concepción psicologicista y/o biológica de la enfermedad, que en ocasiones utiliza periféricamente elementos psicosociales.

Desde el punto de vista metodológico, al seleccionar y analizar la muestra de terapéuticas interculturales representativas en el panorama de Bruselas y Madrid[26] que nos ocupan, decidí optar por la técnica del estudio de caso múltiple (ver Yin, 2003) desde la lógica de la representatividad y la potencial replicación y contraste. Tratando de solventar la situación de los múltiples contextos de ambas ciudades,[27] elegí aquellas prácticas representativas en su potencialidad para una generalización analítica y tipológica, y singulares en sus características con respecto a su población destinataria (las personas migrantes extracomunitarias) y a la potencial mejora, desde un enfoque intercultural, del acceso a la atención y acompañamiento en salud de dicha población.

Para la selección y clasificación de las unidades de análisis correspondientes a las prácticas terapéuticas o de acompañamiento en salud mental, desarrollé la clasificación realizada por Leman y Gailly (1991). Para ello, operacionalicé en constructos teóricos los tipos de prácticas interculturales, partiendo de un criterio de mayor o menor cercanía con el corpus del modelo universalista biomédico hegemónico según su relativización cultural, y las incluí en tres modelos de atención intercultural en salud mental que describo a continuación: el modelo occidental adaptado en la

25 Aquí nos referimos al encuentro clínico entre terapeuta y paciente. Son muchas las aproximaciones terapéuticas que, como la terapia sistémica, llevan a cabo sesiones grupales, familiares, etc., sin estar dirigidas a una población culturalmente específica. Sin embargo, en el centro de estas actividades se mantiene un esquema diádico en el encuentro clínico entre el psicólogo/psiquiatra y el paciente sin cuestionar sus elementos problemáticos ni su carácter cultural.

26 En la tesis se analizan más praxis (más adelante se señalarán), aquí retomo una por cada modelo de atención.

27 En la tesis se abordan otros contextos de Bélgica y España.

diversidad cultural, el modelo etnopsiquiátrico y el modelo antipsiquiátrico intercultural.

Modelos de atención intercultural en salud mental (MAISM) y estudio de caso que se desarrolla	*Praxis analizadas en la investigación que se encuentran en cada modelo de atención en Bélgica y España*[28]
Modelo occidental adaptado en la diversidad cultural ↓ La formulación cultural de casos psiquiátricos (FCCP) en el hospital Puerta de Hierro de Madrid	— La intersección de la psiquiatría y la antropología en la clínica transcultural representada por dos praxis: *a)* la formulación cultural de casos psiquiátricos en el hospital Puerta de Hierro de Madrid, existente a su vez en otros contextos como el hospital Vall d'Hebron (Barcelona); *b)* la praxis que se adscribe a la antropología médica del centro de salud mental de Laeken (Bruselas). — Las clínicas del exilio destinadas a víctimas de la violencia organizada (EXIL Bélgica y España). — La clínica basada en los duelos migratorios en el Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados del hospital Sant Pere Clavet (Barcelona).
Modelo etnopsiquiátrico ↓ La consulta de etnopsiquiatría del hospital Brugmann en Bruselas	— La consulta de etnopsiquiatría del hospital Brugmann en Bruselas. — Otras praxis de corte etnopsiconalítico en el medio asociativo de Bruselas (por ejemplo, la consulta etnopsicoanalítica en la asociación D'ici et D'ailleurs).
Modelo antipsiquiátrico Intercultural ↓ Las casas comunitarias peul en la asociación L'autre «lieu»	— La asociación L'Autre «lieu» y las casas comunitarias peul (Bruselas).

a) El modelo occidental adaptado en la diversidad cultural: Este modelo está comprendido por las prácticas terapéuticas de carácter intercultural que llevan a cabo actores en el seno de asociaciones civiles e instituciones públicas de salud en el contexto belga y español. La particularidad de estas prácticas consiste en la adaptación del modelo occidental a las representaciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-atención/

28 Se señalan también otras praxis que no se incluyen en el trabajo de campo de la investigación, pero que podemos englobar en los modelos.

prevención, de los pacientes que escenifican un modelo explicativo diferenciado del de la cultura biomédica en el contexto de multiculturalidad significativa de la consulta.

La adaptación se lleva a cabo a través del vector de problematización (clínica/etiológica) cultura-migración articulado, en ciertos casos, a otros procesos sociales implicados en el padecimiento como la violencia organizada o estructural. En ambos países encontramos tres tipos de aproximaciones: las clínicas del exilio para personas víctimas de la violencia organizada; la intervención basada en los duelos migratorios o el llamado *mal de Ulises*, y la confluencia entre la psiquiatría y la antropología en la clínica transcultural representada por la formulación cultural de casos psiquiátricos (FCCP) o, en el contexto de Bruselas, por la aproximación basada en la antropología médica.

Todas estas prácticas mantienen un esquema clásico diádico de la consulta clínica[29] y se basan en ejes de intervención psicológicos o psicosociales, así como biomédicos. Sin embargo, se caracterizan por incorporar aproximaciones adaptadas a la población destinataria que contemplan, con un enfoque transdisciplinario o transcultural, la concepción cultural del encuentro clínico; la necesidad de herramientas adecuadas (como la etnografía en la FCCP y los esquemas teórico-metodológicos, de carácter psicosociocultural, específicos como los duelos migratorios en el mal de Ulises); la relevancia de la concepción intersubjetiva en la eficacia terapéutica, y la importancia de los contextos sociopolíticos e históricos en el desarrollo de la narrativa del distrés (FCCP, mal de Ulises y clínicas del exilio) y en la producción del encuentro terapeuta-paciente-institución (clínicas del exilio[30]) en el marco del encuentro diádico.

Como praxis representativa del modelo occidental adaptado en la diversidad cultural, describimos y analizamos el estudio de caso de la FCCP en el hospital Puerta de Hierro de Madrid; por dos razones: en primer lugar, por ser una de las praxis más significativas (por su historia, continuidad y consolidación) de las desarrolladas en el panorama español (y también en la FCCP de Bélgica); y, en segundo lugar, por las características de su aproximación clínica transdisciplinaria, haciendo uso del método

29 La basada en los duelos migratorios puede incluir, en ocasiones puntuales, a un antropólogo en la consulta con el psiquiatra.

30 Ver Muñoz (2010). Por otro lado, aquí pueden incluirse también otras clínicas existentes en países como Francia basadas en un enfoque de *comunidades lingüísticas* (Lurbe, 2006).

etnográfico, y por el contexto hospitalario público en el que se desarrolla, lo cual tiene unas implicaciones específicas e inaugurales en la respuesta al problema del acceso a la atención médica y su disfrute para la población de origen extranjero en la red de derecho común.

b) El modelo etnopsiquiátrico: En este modelo se incluyen las *praxis etnopsiquiátricas y etnopsicoanalíticas de inspiración nathaniana*[31], que tienen lugar en el ámbito institucional y el asociativo de Bruselas. La práctica etnopsiquiátrica analizada en esta investigación se sitúa en el hospital Brugmann de Bruselas y es una de las más representativas en este país,[32] puesto que plantea una aproximación culturalmente descentrada y apela a la integración y coordinación en sus dispositivos terapéuticos de herramientas metodológicas dialécticamente opuestas a las del modelo biomédico.

El marco de un hospital público es un valor añadido para su elección como objeto de estudio por las características emblemáticas de la cultura organizacional biomédica en la que se inscribe, pero también opone, y por la presencia dominante del modelo biomédico hegemónico en salud mental, algo que no sucede en otros campos como el etnopsicoanálisis en la sociedad civil. A su vez, esta praxis es la única en Bruselas que, actualmente, incluye el uso del recurso metodológico basado en los denominados *objetos activos*.[33] Este recurso, la consulta grupal multidisciplinaria y el discurso basado en el paciente son los principales elementos teórico-metodológicos de relativización cultural y descentramiento del marco

31 Desarrollando las teorías de George Devereux, la primera práctica etnopsiquiátrica destinada a pacientes inmigrantes en hospitales y clínicas europeas la implementó, en 1979, Tobie Nathan en el hospital Avicenne de Bobinny (Francia). En 1993 fundó el centro Devereux en París. Actualmente, países no francófonos como Italia cuentan con aproximaciones terapéuticas de corte etnopsiquiátrico. Cabe mencionar que, en el contexto actual de Francia, la aproximación teórico-metodológica de la etnopsiquiatría también se ha llevado a una consulta (psicológica) en un colegio de París (Duvillié, 2006). Si bien Devereux (1970) defendía que la etnopsiquiatría era la disciplina clínica y el etnopsicoanálisis la rama teórica encargada del marco explicativo de la relación entre psiquismo y cultura, la diferencia entre aproximación etnopsiquiátrica y etnopsicoanalítica, en el campo de la praxis en Bruselas, depende fundamentalmente del uso de técnicas como los objetos activos, así como del posicionamiento de los terapeutas respecto a prácticas clínicas como la prescripción de medicamentos (Muñoz, 2013*b*).

32 En España, actualmente (2014), no existe ninguna terapéutica de tipo etnopsiquiátrico.

33 Se desarrollará en detalle en el apartado correspondiente a la etnopsiquiatría en Brugmann.

biomédico hegemónico de esta praxis, así como del modelo de atención intercultural etnopsiquiátrico en el cual se inscribe.

c) El modelo antipsiquiátrico intercultural: Este modelo comprende la práctica de la asociación L'Autre «lieu» llevada a cabo en las casas comunitarias peul. Esta práctica de acompañamiento en salud mental intercultural es única en sus características y no existe, hasta la fecha, en Bélgica y España, otra aproximación que aúne el vector de una praxis alternativa a la psiquiatría con el intercambio de narraciones de modelos explicativos del proceso salud- enfermedad-curación en la convivencia intercultural.

En este caso, la asociación L'autre «lieu» provee alojamiento y asesora a los inquilinos de las casas comunitarias, exiliados políticos de origen peul mauritano, acerca de las gestiones que seguir para la tramitación de su asilo. En contrapartida, estos acogen en su comunidad a personas que sufren dolencias de tipo psíquico o relacional. Los ejes principales de su relativización cultural del universalismo biomédico son: *a)* la dialéctica de su posicionamiento ideológico frente a la psiquiatría biomédica a partir de la abolición de la relación saber profano/experto; *b)* el cuestionamiento de los aspectos jerarquizantes, coercitivos, medicalizadores e individualizantes de la psiquiatría biomédica, y *c)* la propuesta de alternativas experimentales a través de la interculturalidad y el intercambio en la convivencia de narrativas del proceso salud-enfermedad-curación/prevención.

La población destinataria de las praxis y el diseño de la muestra

La población destinataria y su situación jurídico-política fue otro criterio metodológico que consideré para definir la relevancia de las prácticas interculturales en salud mental en el diseño muestral. Como se ha mencionado más arriba, analizaremos las tres praxis dirigidas a la población inmigrante extracomunitaria en general, en el caso de la FCCP y la consulta etnopsiquiátrica, o en situación de asilo político, como es el caso de las casas comunitarias peul (también dirigidas a población autóctona). En los tres casos los vectores operativos de su atención o acompañamiento, con diferentes planteamientos teórico-metodológicos, convergen en el binomio cultura-migración.

Situación jurídico-política y social de las personas de origen extranjero a las que van dirigidas específicamente las praxis.[34]

Asilo político (Destinatarios de la terapéutica y operadores en la curación)	**En situación irregular**	**Población inmigrante en general**
(Destinatarios de la terapéutica) — EXIL/Bélgica ↓ Lugar: Ámbito asociativo incorporado a la red pública de cuidados especializados. (Operadores en la curación) **— L'Autre «lieu» y las casas de acogida peul (Bruselas)** **↓** **Lugar: Ámbito asociativo**	— SAPPIR en Barcelona ↓ Lugar: Ámbito asociativo	**— FCCP en Madrid** **↓** **Lugar: Hospital público** **— Consulta etnopsiquiátrica de Brugmannde Brugmann Bruselas** **↓** **Lugar: Hospital público**

La investigación, de tipo teórica y con un carácter aplicado, se basa en la etnografía como método principal. Las técnicas de investigación que se utilizaron fueron la observación participante, o participación observadora (Jacorzynski, 2004), y las entrevistas semiestructuradas[35].

La observación participante en el caso de la formulación cultural de casos psiquiátricos (FCCP) en el hospital Puerta de Hierro de Madrid estuvo determinada por mi incorporación, en el 2008, al curso de doctorado del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid, que tuvo lugar en el hospital durante cuatro meses. El curso, impartido

34 Cuadro propio. No excluye que en estos dispositivos tenga cabida otra población distinta a la señalada (tanto extranjera como, en muchos casos, autóctona). Sin embargo, esta es la población hacia la cual han sido dirigidas, en un principio, las prácticas.

35 En total fueron 24 entrevistas en ambos países dirigidas a profesionales del medio sociosanitario como psiquiatras, psicoterapeutas, mediadores interculturales, los coordinadores y trabajadores de algunas de las asociaciones sujeto de estudio o, entre otros, los usuarios de las casas Peul. Las conversaciones informales durante el trabajo de campo fueron también de inestimable valor. Tanto las entrevistas como la observación participante estuvieron basadas en el consentimiento informado de todos los participantes, y en el respeto a su derecho a la confidencialidad, lo cual incluyó a los coterapeutas, a los pacientes y a sus acompañantes en el hospital Brugmann de Bruselas.

bianualmente, se centra en la formación e investigación en FCCP. En él se desarrollaron y se estudiaron los casos de los pacientes tratados en la praxis clínica de los psiquiatras asistentes. Las visitas fueron sistemáticas en esos cuatro meses: un día a la semana durante dos horas y media. Además de proporcionarme información sobre cómo el psiquiatra-profesor llevaba a cabo esta práctica intercultural en el hospital, también me permitió conocer el modo de operar de otros terapeutas que la aplican en los diversos contextos hospitalarios en los que trabajan.

En el segundo caso que se analiza, la observación participante en la consulta de etnopsiquiatría del hospital Brugmann de Bruselas tuvo lugar durante seis meses entre 2006 y 2007. En este tiempo, acudí cada jueves de 13:30 a 19:30 h. Gracias a la apertura del grupo de coterapeutas y a lo mucho que se me facilitó la incorporación. pude a realizar dos visitas de control en 2008. Esta fue la primera ocasión en la que me topé con el campo profesional de la psiquiatría, el cual era novedoso para mí, puesto que mi bagaje disciplinar procede de la antropología. Sumado a esto, la particular forma de inmersión investigativa en esta consulta etnopsiquiátrica —debía ejercer no solo de investigador, sino también de coterapeuta (ver Muñoz, 2013*a*)— supuso una serie de especificidades metodológicas que se analizan en el presente libro como datos empíricos de interés para nuestro objeto de estudio. El generoso acceso al campo me permitió un estudio etnográfico de primera mano no solo en las reuniones formativas o de discusión sobre las metodologías, sino también al interior de la consulta médica. Por la riqueza y cantidad de datos obtenidos, considero necesario dedicarle una extensión especial al análisis de esta praxis etnopsiquiátrica, pese a que eso implique cierta descompensación con respecto a los otros dos casos.

En el tercer caso, el de las casas comunitarias peul en L'Autre «lieu», comencé a asistir a algunas de las actividades socioculturales que realizaban los miembros de la asociación en conjunto con los inquilinos de las casas. Ello me ofreció la posibilidad de conocer a parte de los integrantes de la comunidad peul en Bruselas y me facilitó el paso para visitar a los habitantes de las casas comunitarias peul. De este modo, programé nueve visitas durante los cuatro primeros meses de 2007 (más dos visitas de control posteriores) a las dos casas existentes: el Vivier y Geefs. Por otro lado, asistí a actividades formativas, foros y congresos, principalmente, que organizan los miembros de la asociación y que están relacionados con el movimiento antipsiquiátrico en la historia y la reflexión crítica sobre el modelo biomédico psiquiátrico.

Los resultados empíricos de la investigación comprenden hasta el año 2010, a lo cual se le añaden cinco años más de reescritura, revisión y actualización documental de algunos aspectos centrales de la investigación.

¿Qué aporta esta investigación a la antropología social y al campo de la salud mental?

El presente libro y la articulación de su carácter crítico y aplicado trata de realizar aportaciones novedosas tanto en el panorama de las ciencias sociales como en el de otras disciplinas y campos profesionales que en la práctica se enfrentan con los problemas del acceso de la atención médica en contextos de diversidad cultural. Una de las aportaciones es la posibilidad de diálogo entre las diversas prácticas y modelos propuestos y analizados en este trabajo, y su potencial replicación y/o adaptación a otros contextos con problemáticas análogas.

En Europa, la cuestión de la salud y la migración ha sido un tema a menudo rehuido por los poderes públicos por diversas razones. Por una parte, se ha argumentado que habría que tratar de no estigmatizar a las personas inmigrantes con datos que unan la procedencia étnica/cultural con unos rasgos epidemiológicos determinados.[36] Por otra parte, en sistemas sanitarios de corte garantista y universal, se han concebido como no relevantes o marginales los problemas socioculturales del acceso equitativo a la atención en salud de las poblaciones con itinerarios socioculturales diversos como, por ejemplo, las de origen extranjero.

En el caso de España, a estas razones de rechazo de las nociones culturales en la salud se les ha unido la novedad del fenómeno, en la historia contemporánea, de recepción de inmigrantes. Esta novedad conlleva que no se haya tenido el suficiente tiempo para reflexionar sobre estos aspectos. Sin embargo, el hecho de que las demandas y las problemáticas de este fenómeno ya se conocieran en el contexto europeo permite que ahora puedan tratarse con mayor rapidez y eficiencia que cuando se produjeron

36 Si esto sucede así con la población inmigrante en general, con la que se encuentra en situaciones más vulnerables, como es el caso de los inmigrantes *sin papeles*, aún es mayor el desconocimiento que se tiene desde los ámbitos de la investigación y de la actuación. Este mismo problema existe en la investigación epidemiológica sobre VIH con población migrante en Europa (ver Fassin, 1999*a*) o, por ejemplo, con minorías étnicas como la población indígena en Latinoamérica (ver Ponce y Núñez, 2011; y Ponce, Muñoz y Stival, 2017).

en países como Bélgica, receptores inaugurales del fenómeno migratorio interno del siglo xx en Europa.

No existen, en la actualidad (año 2015), muchos estudios desde las ciencias sociales en Bélgica ni en España sobre el acceso de las personas inmigrantes, en especial de aquellas más vulnerables, a la atención en salud mental. Algunos trabajos, en un ámbito general, han hecho hincapié, mediante un análisis comparativo de los sistemas de bienestar en Europa y su garantismo en el ámbito de la atención en salud, en la dificultad del acceso a estos servicios por parte de la población migrante (ver Médicos del Mundo, 2007). Otros se han centrado en el estudio de impacto en uno de estos países analizando sus políticas públicas y el desarrollo del sistema de bienestar (en el caso de Bélgica, ver Médecins Sans Frontières, 2004 y 2008; en el de España, Moreno, 2007; Serrano, 2008; Saura, 2001). En España, algunas investigaciones recientes están abordando las psicopatologías de la migración, en relación con las problemáticas en la atención médica, en colectivos específicos como la población migrante subsahariana (ver el estudio, en Almería, de Ibáñez, 2015). No obstante, pese a no ser numerosas, en Bélgica existen investigaciones sociales pioneras respecto a la salud mental, la migración y la diversidad cultural, desde finales de la década de los años ochenta y principios de los noventa (ver Devisch en Leman y Gailly, 1991; Ferrant y Hermans, 1991; Leman y Gailly, 1991).

En la actualidad[37] no existen investigaciones etnográficas sobre la etnopsiquiatría como dispositivo clínico ni sobre las casas comunitarias peul de Bruselas. Por lo que esta investigación es la primera sobre este tema, desde las ciencias sociales, en Bélgica. Se ha publicado algún artículo científico y de divulgación que recoge brevemente el funcionamiento de alguna de las praxis etnopsiquiátricas en Bélgica (ver Schurmans, 2008). La etnopsiquiatría en Francia ha hecho correr ríos de tinta desde sus albores; sin embargo, la mayoría de sus críticas no se han basado en un trabajo etnográfico, sino en las lecturas de los textos de Tobie Nathan; es el caso de Fassin (2000*a* y 2000*b*), Jaffré (1996) o Rechtman (2000). Esta investigación supone un aporte pionero a la exploración etnográfica, como antropólogo y coterapeuta (ver Muñoz, 2013*a*), de esta aproximación teó-

37 Hasta la fecha de la tesis de doctorado, en febrero de 2010, y lo que pude revisar posteriormente hasta la finalización de la escritura del libro en 2015.

rico-metodológica desde su praxis clínica.[38] Al mismo tiempo, también es novedosa la mirada crítica, independiente y externa de esta investigación, ya que no está vinculada a los trabajos de investigación o estudios que, bajo la dirección o aprobación de los profesores/etnopsiquiatras, se desarrollan a menudo en las prácticas etnopsiquiátricas (de los hospitales y centros adscritos con frecuencia a programas de grado o posgrado) en Francia y en Bélgica.

En España son escasos los trabajos que han concebido como objeto de estudio las praxis clínicas destinadas a los migrantes. Desde un punto de vista historiográfico, el fenómeno migratorio masivo entre 1950 y 1975 en España, en el contexto de la psiquiatría custodialista de la dictadura y de la centralización y homogeneización lingüístico-cultural, no se vio reflejado en un interés por sus repercusiones psicopatológicas desde una perspectiva cultural, con la excepción del informe PANAP desarrollado por Cabaleiro (1967 y 1977; en Comelles, 2007) acerca de la psicopatología de los migrantes gallegos retornados de Europa. De los escasos abordajes sobre este fenómeno, predominaron los estudios desde el enfoque de la psiquiatría social (ibídem). A finales de los 90, la psiquiatría cultural, mediante la praxis clínica o en torno a esta, en el país ha experimentado un notable desarrollo y consolidación en propuestas de producción de teoría con respecto a la FCCP (Caballero, Tur y Sanz, 2005, y Caballero, 2009) o en los duelos migratorios y el mal de Ulises (Achotegui, 2006). La única investigación, de tipo sociológico, existente hasta la fecha es la tesis de doctorado de Lurbe (2006), en la que se trata, en Barcelona y París, el análisis de las praxis en salud mental destinadas a las personas migrantes desde su producción de alteridad. Con respecto a la antipsiquiatría intercultural, con un enfoque etnográfico, esta es la primera investigación que se realiza en los contextos de España y Bélgica, así como en el marco europeo en general.

La psiquiatría comunitaria o social en Bélgica tiene una historia emblemática fruto de la lucha de los movimientos sociales y los actores re-

38 En el mismo año de la defensa de la tesis de doctorado en la que se inscribe esta investigación (Muñoz, 2010), fue defendida la tesis de Larchanché (2010), en la cual se realiza una investigación etnográfica, desde su articulación con el ámbito educativo, de un dispositivo etnopsiquiátrico en París. Por otro lado, Natale Losi publicó en 2006 el libro *Lives Elsewhere. Migration and Psychic Malaise*, en el que describe su experiencia clínica con población migrante y realiza una propuesta aplicada a través de una aproximación, inspirada en la etnopsiquiatría y la terapia sistémica, que denomina como «etno-sistémica-narrativa».

presentativos, como Mony Elkaïm, que en las décadas de los sesenta y los setenta participaron en la corriente crítica frente al custodialismo y la psiquiatría biomédica, y realizaron interesantes aportaciones a la propuesta antipsiquiátrica desde Bruselas. En el ámbito académico, un estudio clásico en este campo fue el de Roosens (1979), en el cual reflexiona sobre la desinstitucionalización de la atención en salud mental y la implicación en los cuidados de conjuntos sociales como las familias de acogida en una comuna de Amberes llamada Geel. Tanto en la FCCP como en la antipsiquiatría intercultural el enfoque etnográfico (a través de la observación participante) plantea aportes novedosos de tipo aplicado y teórico.

Un campo de relativo estudio y desarrollo teórico-práctico en ambos países, con respecto a la mejora en el acceso y la atención en salud de las personas migrantes, ha sido el de la mediación intercultural en el ámbito sanitario. En España existe una importante escuela teórica y práctica, creada por Carlos Giménez (ver Giménez, 1997) a mediados de la década de los noventa, que desarrolla la mediación intercultural en diferentes ámbitos de intervención.[39] Parte de la tesis de doctorado que dio forma a la investigación del presente libro estuvo dedicada a la mediación intercultural en la atención en salud en España y Bélgica, sus resultados se publicaron en un artículo (ver Muñoz, 2013*b*). En Bélgica se puede destacar a Hans Verrept (con estudios como Verrept y Louckx, 1997) como uno de los impulsores de la mediación intercultural sanitaria con una perspectiva teórica y práctica, inscrita en políticas y programas públicos.

A continuación, daremos paso a la descripción de los contextos migratorios, de gestión de la diversidad cultural y de los sistemas públicos de salud en Bélgica y España, así como a las problemáticas en el acceso a la atención médica de la población migrante y algunas de las medidas que, desde el ámbito público y asociativo, se han llevado a cabo en ambos países.

39 En el ámbito de la salud mental en España ver Collazos, Burckhardt y Casas (2005) o Qureshi, Revollo, Collazos *et alii* (2009).

PARTE I. CONTEXTOS MIGRATORIOS
Y DE ATENCIÓN MÉDICA EN BÉLGICA Y ESPAÑA

En este apartado, dividido en dos capítulos, comenzaremos hablando de los contextos migratorios y de acceso a la atención médica de derecho común desde una perspectiva histórica. Se aborda brevemente, en el capítulo primero, la trayectoria histórica, de Bélgica y España, en la recepción de personas inmigrantes. Pasaremos posteriormente a hablar de las características de sus sistemas sanitarios, exponiendo las medidas más relevantes, del orden legislativo, en la lucha contra la desigualdad de acceso y disfrute a la atención médica de las personas de origen extranjero. El capítulo segundo trata de las barreras que influyen en la exclusión de las personas de origen extranjero al sistema de salud, así como de las estrategias y medidas específicas, en el medio asociativo e institucional, adoptadas contra dichas barreras en ambos países.

1. La recepción de flujos migratorios en Bélgica y España

Las realidades acerca de la recepción de flujos migratorios en España y Bélgica son significativamente distintas en su historia y sus características. En Bélgica, los flujos migratorios contemporáneos de mayor importancia se remontan a la década de los cuarenta. En España, sin embargo, aparte de llegadas puntuales de personas extranjeras durante el franquismo, la recepción migratoria corresponde principalmente a la década de los noventa.

1.1 El caso belga

Podemos situar el origen de la migración contemporánea en Bélgica en la década de los años veinte; sin embargo, en 1946 comenzaron a darse los cambios más importantes en los movimientos migratorios (en términos numéricos) y también en las políticas públicas. En ese año, Bélgica e Italia firmaron un acuerdo por el cual 300 000 italianos migraron para trabajar en las minas belgas. En 1950, el país cerró las puertas a los extranjeros por petición del Gobierno francés, que temía que los trabajadores de origen magrebí de Francia se fuesen a Bélgica motivados por sus salarios más elevados. 1956 fue el año en el que comenzaron a llegar españoles y griegos. En 1964, Bélgica firmó un nuevo acuerdo para recibir a trabajadores de origen turco y marroquí (Antiracisme/Belgique, 1998). Una década después, hubo un punto de inflexión tras el cierre de fronteras en 1974, que supuso el fin de tres décadas de inmigración económica formal. A partir de ese momento, el flujo de inmigración fue disminuyendo hasta llegar a ser inferior que el de emigración, en 1983.

A partir de 1985, aconteció un fenómeno paradójico: el repunte de la recepción migratoria en pleno periodo de bloqueo fronterizo, crisis económica y alta tasa de paro. Este incremento estuvo motivado por diversas causas; entre otras: la globalización, principalmente de 1989 en adelante,[40] y el desarrollo de una economía paralela con un consiguiente *mercado migratorio* informal. Estas nuevas circunstancias permitieron la reelaboración de estrategias migratorias tanto individuales como colectivas, con lo que la nueva *reagrupación familiar* pasó a ser uno de los escasos pasajes de entrada legal de inmigrantes en Bélgica. Del mismo modo, aumentaron las demandas de asilo político,[41] mientras que su aceptación fue disminuyendo progresivamente hasta llegar a la cifra actual, la más baja que se ha registrado en la historia del país (Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, 2008).

40 Influyeron algunos fenómenos ligados a la globalización, como la libre circulación de mercancías y capitales, la aparición de los medios de información como internet y la democratización del uso de transportes, principalmente el avión. Hay que señalar, a su vez, que esta fecha coincide con la creación del mercado común en la Comunidad Económica Europea, que pasó a llamarse Unión Europea en 1992, y la consolidación de un espacio de libre circulación de mercancías, servicios y personas.

41 Se incrementaron de 2048, en el año 1983, a 42 691, en el año 2000, (Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, 2008).

En Bélgica se asistió al nacimiento del discurso de la *Europa fortaleza*, que comienza a consolidarse en la década de los noventa en el territorio europeo, y a la aparición de medidas disuasorias y de persecución de los inmigrantes en situación irregular. Entre otras, cabe destacar la creación de los centros de internamiento tras la Ley de mayo de 1993 para los sin papeles, así como la ley Vande Lanotte de 1996 (que modificó la ley de 1980), la cual introdujo el carácter de delito para aquellos que ayuden a las personas en situación irregular, así como la supresión a los recursos jurídicos para los demandantes de asilo (Vanpaeschen, 1999).

Este marco legislativo (y su correspondencia en la regulación de tipo represiva) coincidió con un clima de súbito incremento de la extrema derecha en Flandes. Así, el Vlaams Blok obtuvo el 6,6 % de los votos en 1991; más tarde, en las elecciones europeas de 1999, el Vlaams Belang (sucesor del Vlaams Belok) obtuvo el 14,8 % y dos escaños en el Parlamento Europeo, lo cual disparó la alarma de ciertos sectores de la sociedad.[42]

A partir de 1999, hubo un doble movimiento de apertura y cierre en las fronteras belgas. Al mismo tiempo que se incrementaban las medidas de persecución y disuasión[43] se llevó a cabo una campaña de regularización de 42 000 personas en situación irregular entre 2000 y 2001 (Ley del 22 de diciembre de 1999). La connivencia de los dos movimientos responderá fundamentalmente al doble rasero de las consecuencias funcionales de las políticas de represión y control por parte del Estado, así como a las necesidades estructurales y coyunturales del sistema de mercado y la migración económica. Esta situación coincidió con el nacimiento de una aproximación comunitaria a la gestión de los flujos migratorios en Europa. Una de las muestras más representativas de esta aproximación es el Tratado de Ámsterdam, firmado en 1997 y aplicado el 1 de mayo de 1999, el cual prevé la puesta en marcha, en cinco años, de un espacio común de libertad, seguridad y justicia con una política común de inmigración y de asilo (OPOCE, 1997).

42 Con el fin de evitar el auge de la xenofobia, aparecieron organismos y mecanismos institucionales como el Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme y el Fond d'Impulsion à la Politique des Inmigrés (FIPI), que consolidaron la mediación intercultural en el ámbito sanitario (ver Muñoz, 2010 y 2013).

43 El 5 de octubre de 1999 se procedió a la repatriación de 74 personas de origen gitano y nacionalidad eslovaca, lo cual supuso una condena del Tribunal de Derechos Humanos de Estrasburgo (decreto Conka, 5 de febrero de 2002).

Un elemento que destacar con respecto a la procedencia de las personas de origen extranjero en Bélgica es el hecho de que la mayor parte de la inmigración en los últimos años proviene de países de la Unión Europea (UE). Los once países de mayor procedencia son: Italia, Francia, Holanda, Marruecos, Turquía, España, Alemania, Inglaterra, Portugal, Grecia y Congo. De los 83 433 inmigrantes extranjeros registrados en 2006, 45 517, un 55 %, corresponde a personas procedentes de países comunitarios y un 45 % a países de la UE-15. En el 2007, la cifra de comunitarios de la UE-15 llegó al 64 %[44] (Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, 2008). Estas cifras, unidas a la media del 9 % de población extranjera desde mediados de la década de los ochenta (para el año 2015, ver Perspective du Monde, 2015), dan una muestra de las paradojas relativas a la aparición de discursos y dinámicas, en la línea de la Europa fortaleza, que presentan a los inmigrantes como una alteridad problemática, altamente extracomunitaria y frente a la que urgen medidas de tipo represivo/regulador.

1.2 El caso español

La historia de la recepción migratoria contemporánea española es mucho más breve, si bien en el contexto de la UE está acompañada de dinámicas parejas a las relatadas antes. Por un lado, uno de los principales factores del fenómeno migratorio contemporáneo en España es el desarrollo económico vivido desde comienzos de la década de los noventa.[45] Por otro lado, también son relevantes la proximidad con el continente africano y el hecho de que España y Marruecos sean los países fronterizos con mayor diferencia en su PIB en la UE y los séptimos en el mundo (More, 2007). Un 18,13 % de las personas censadas en 2006 (INE, 2006) provenían de África (especialmente de Marruecos). A su vez, dicha proximidad influye en que muchas personas llegan a España para acceder a otros países de la UE, como Bélgica.

44 El 10 % de las personas procedentes de los países comunitarios de la UE-27 son principalmente rumanos y polacos. Solo Luxemburgo y Francia tienen una presencia tan importante de extranjeros comunitarios.

45 En este sentido, ha sido relevante el impulso del sector agrícola, el turismo y la construcción, por lo que se ha requerido más mano de obra de la que se podía conseguir con las personas autóctonas.

Otras variables como el clima, el modo y el coste de vida, y la cercanía lingüística y cultural influirán en la elección de España como destino migratorio para ciertos colectivos. El alto porcentaje de ingleses y alemanes en las zonas de la costa levantina y las regiones insulares, un 21,06 % (INE, 2006) de los extranjeros provienen de Europa occidental, es un ejemplo de las primeras variables. La proximidad lingüística y cultural, entre otros factores, guarda cierta relación con el 36,21 % (INE, 2006) de inmigrantes provenientes de Latinoamérica.

A diferencia del caso de Bélgica, un factor destacable en la regulación del fenómeno migratorio en España (y en otros países del sur de Europa como Italia) es que la legislación migratoria apareció antes de que se le confiriese a la inmigración un carácter problemático. La primera ley de extranjería se aprobó en 1985, cuando el número de residentes extranjeros no superaba los 250 000 y la mayoría provenían de Europa. Una explicación de esto es que la sanción migratoria en España fue uno de los requisitos de entrada en la Unión Europea.[46]

Si hay que señalar un año emblemático en la corta trayectoria de la inmigración en España este es el 2000. Por un lado, se promulgó la *Ley orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*, que tuvo diversas consecuencias. Entre ellas, la regulación de ciertos derechos como el relativo al criterio unificado del empadronamiento para obtener la tarjeta sanitaria, independientemente de la situación jurídico-administrativa de la persona.[47] Sin embargo, no se tuvieron en cuenta cuestiones relativas a las problemáticas lingüísticas y culturales de la comunicación entre los profesionales sanitarios y los inmigrantes, y se dejaron de lado medidas de primer orden como los programas de implementación de recursos de traducción/interpretación linguística y cultural y, con alguna excepción regional, de mediación intercultural sociosanitaria. Por otra parte, el año 2000 también fue el de los trágicos acontecimientos xenófobos de El Ejido (Almería), lo que hizo saltar a la palestra mediática y electoral, por primera vez, la cuestión de la inmigración.

46 Un requisito preventivo que pretendía acabar con la falta de experiencia administrativa y la laxitud del control migratorio previo (López Sala, Ana María; 2005: 172).

47 En otros ámbitos, como el jurídico, laboral, educativo, etc., se trata de reactualizar las legislaciones obsoletas (como la Ley orgánica 7/1985) a la nueva realidad de la inmigración en España, equiparando derechos entre inmigrantes y autóctonos.

Así pues, dicho fenómeno migratorio ha supuesto uno de los eventos sociales más intensos en España en las últimas décadas. No es de extrañar que sea protagonista de tantos relatos; en términos económicos y sociales, se le debe el incremento del producto interior bruto (PIB) y de las rentas por habitante, así como el efecto cohesionador social, al incidir en fenómenos como el aumento de la natalidad en un país con altas tasas de envejecimiento de la población. De igual manera, ha incidido en la diversificación lingüística, cultural y religiosa de una población muy homogénea hasta la década de los noventa (o de una diversidad intramuros) en relación con países como Bélgica. Por último, cabe señalar que la reforma de la Ley Orgánica 4/2000 con la Ley 8/2000, de 22 de diciembre, tuvo como objetivo principal el control de los flujos de inmigrantes y el establecimiento de vías de expulsión de los residentes ilegales en España, con lo que se cerró la posibilidad para regularizar su situación que ofrecía la ley anterior.[48]

En esta nueva línea se inscribirá la reforma de la ley de extranjería (Ley Orgánica 14/2003, de 20 de noviembre). En esta reforma destacan el refuerzo de los medios sancionadores para luchar contra la inmigración ilegal y el tráfico de personas, y la habilitación del acceso a la información de las Administraciones públicas por parte de las fuerzas y cuerpos de seguridad, con la posibilidad de acceso a la información ofrecida por el padrón municipal a la Dirección General de Policía. También es recalcable la modificación de las condiciones del derecho a la reagrupación familiar y de las posibilidades de regularización individual por la vía del arraigo.[49]

En resumen, dos circunstancias han condicionado fuertemente la respuesta del Estado español ante el fenómeno migratorio. La primera es la ausencia de mecanismos institucionales y la inexperiencia administrativa en cuanto a la planificación, regulación y gestión interna de la migración[50]

48 A su vez, siguiendo la exposición de motivos de la Ley 8/2000, tratará de adecuarse a las directrices europeas en materia inmigratoria, adoptadas por los Estados miembros de la UE los días 16 y 17 de octubre de 1999 en la cumbre de Tampere, para la creación de un espacio de libertad, seguridad y justicia.

49 Es una ley de carácter regresivo/regulador que recorta los derechos de los inmigrantes establecidos irregularmente en España y que impide, casi por completo, la posible regularización de los que no han tenido medios para llegar a España de manera legal y han entrado sin haber conseguido previamente el permiso de trabajo necesario.

50 Lo que ha dado lugar a que la política se haya construido, en la mayoría de los casos, precipitadamente ante las exigencias de la nueva realidad social.

(López Sala, Ana María; 2005: 172). La segunda es el hecho de que su consolidación como Estado receptor de migración ha coincidido con su integración en la Unión Europea, lo que ha provocado que el diseño de las políticas nacionales dependiera significativamente de las iniciativas adoptadas en Europa (Tamayo y Delgado, 1998).

2. Las políticas migratorias y sus modelos en Bélgica y España

Describo a continuación como los modelos de gestión de la diversidad cultural están presentes en los países y regiones en los que se desarrollan las praxis que nos ocupan. Esto permite no tanto explicar estas prácticas interculturales, que pueden muy a menudo tener una cierta autonomía de las macropolíticas, sino contextualizarlas y entender al interior de qué modelo de política migratoria se han desarrollado.

Modelos de gestión de la diversidad sociocultural

Modelo de exclusión	Segregación y exclusión diferencial (Stephens Castles)
Modelos de inclusión	Modelos no pluralistas (monoculturales) — Asimilación: Bélgica (Valonia y Bruselas), Francia — Melting Pot — Integración: Bélgica (Flandes), Inglaterra Modelos pluralistas (pluriculturales) — Multiculturalismo: Australia, Canadá — Interculturalismo: Quebec

Elaborado a partir de López Sala (2005: 90)

En el caso de Bélgica, influida culturalmente por Holanda y Francia, se dan unas características distintivas en la región flamenca y francófona valona en lo relativo a sus políticas migratorias. Esto guarda relación con la modalidad de nacionalismo predominante y sus diversas concepciones del acceso a la ciudadanía, que van desde un modelo republicano de tipo político (como el francés) a otro imperial de tipo étnico/cultural (como el holandés). Como se puede observar en el gráfico anterior, en Bélgica se combinan dos modelos de inclusión. Por un lado, está el modelo de integración sociocultural de inspiración holandesa y típicamente flamenco. Por otro, el modelo universalista de tipo asimilacionista de Valonia, influido por la tradición francesa. En la región multilingüe de Bruselas se da una mezcla de ambos.

El modelo de integración flamenco está influido notablemente por la concepción étnica/cultural del nacionalismo en la región de Flandes, donde el concepto de ciudadanía se articula en torno a la pertenencia étnica/cultural y a la ascendencia[51] (Zapata-Barrero, 2004). El modelo universalista valón de la región francófona, de tipo republicano, está más vinculado a la aceptación de la alteridad que representa la persona alóctona, a cambio de que comparta el proyecto político institucionalizado común. Se enfatiza la integración (por medio de la asimilación cultural) socioeconómica más que en la región de Flandes, donde predomina la diferencia e integración étnica/cultural. Como mencionaba antes, esto no explica por qué han surgido las prácticas interculturales sanitarias analizadas en Bélgica; sin embargo, en todos los casos, sí ofrece un elemento relevante de contexto.

En el caso español no hay actualmente un modelo definido, al igual que ocurre en otros Estados de Europa meridional. Como se ha señalado anteriormente, en España no ha existido una línea directiva de las políticas migratorias, sino que se han ido buscando alternativas y posiciones sobre la marcha, sin dar respuesta, en muchas ocasiones, a las situaciones de exclusión social en las que se encuentran actualmente muchas personas inmigrantes. Hasta la actualidad, la opinión pública no ha jugado un papel destacable en el debate de los modelos políticos que seguir (ya que no era una cuestión que hubiese que problematizar). En cambio, sí ha sido relevante el papel de la sociedad civil, asociaciones y organizaciones diversas, en la cuestión migratoria, debido a su carácter subsidiario. Por el momento, en España predominan las políticas universalistas o generalistas, que consideran al colectivo inmigrante un grupo más, receptor de las actuaciones asistenciales en sanidad o educación (López, 2005: 174).

La relación de las praxis y los modelos de intervención terapéutica intercultural con las políticas migratorias se manifiesta mediante la resistencia de dichas praxis a la concepción asimilacionista y etnocéntrica de la cultura biomédica. En España, esto ocurre en un contexto en el que se com-

51 Un ejemplo de esta política son las clases de integración sociocultural obligatorias para las personas de origen extranjero en las que deben aprender el idioma flamenco, así como los valores y particularidades del país. Otro ejemplo es el mayor apoyo a asociaciones, con criterio de pertenencia cultural diferenciada, de inmigrantes que en la región francófona. En el caso de no acudir a dichas clases, se imponen sanciones como deber pagar el curso, en principio gratuito, o el rechazo de la solicitud de, por ejemplo, un piso de protección oficial.

binan la ausencia de un modelo migratorio definido con la restricción a la circulación de las personas y el rechazo del nuevo panorama de diversidad cultural en las instituciones de salud. En el caso de Bélgica, y en particular Bruselas, se impone el modelo valón, republicano y universalista, presente en la ciudad y en la región francófona del país. El sistema médico hegemónico se articula con la ausencia y la presencia, respectivamente en ambos contextos, de modelos de gestión de la alteridad. De esta manera, por un lado, subsiste bajo un principio universalista que trata de deslindarse de la economía política en la que se inscriben dichas regulaciones y, por otro, se refuerza por la concepción homogeneizante de la cultura organizacional biomédica de cuidados y por la semiótica del binomio deslocalización-relocalización[52] del discurso cientificotécnico.

En España, la respuesta al al sistema hegemónico de atención en salud se efectúa desde el modelo occidental adaptado en la diversidad cultural (por ejemplo, en la praxis del mal de Ulises, de Barcelona, o la FCCP en el hospital Puerta de Hierro, de Madrid) como parte de la búsqueda de una mejora en el acceso y la atención médica adecuada y efectiva en un contexto de multiculturalidad significativa. En Bélgica, por esta misma razón, esta oposición se lleva a cabo a partir de los dispositivos que se inscriben en este modelo, a los que se suma (en el particular de las praxis etnopsiquiátricas en Bruselas) la oposición a la concepción asimilacionista y etnofágica del modelo hegemónico biomédico y su legitimación legislativa en la mencionada aproximación republicana universalista de las políticas de gestión de la diversidad cultural.

3. El sistema de salud belga y la inequidad en el acceso

El cambio paradigmático de la concepción de la asistencia y del enfermo que tenía el cristianismo, de carácter benéfico, a la laica y dirigida por el Estado culminó, tras varios siglos de proceso, en el siglo XIX. El principal factor que influyó en dicho cambio fue la entrada en escena del mercantilismo y los criterios y necesidades de productividad vinculados a la población y a su salud. Sin embargo, en la sociedad burguesa del XIX se mantuvo

52 La deslocalización sirve para universalizarlo; la relocalización, para que sea efectivo en el ejercicio de un poder de captación y persuasión inscrito en las relaciones sociales del contexto en el que opera.

la diversificación de la asistencia médica que se había dado a lo largo de cuatro siglos[53] (López, 2005: 173).

Si bien el sistema mutualista, al que pertenece Bélgica,[54] fue reconocido jurídicamente en 1851, hubo que esperar hasta 1903 para que naciese la primera legislación obligatoria dedicada a los accidentes de trabajo. Fue al final de la segunda guerra mundial, cuando el anteproyecto de ley del 28 de diciembre de 1944 instituyó un régimen de seguro aplicado a los trabajadores asalariados.[55] A partir de ese momento, el sistema se extendió al resto de la población, pero solo para los grandes riesgos (ver Reman, 2006). Con la llegada de la tercera revisión constitucional (1968-1971), se fundaron tres comunidades culturales en Bélgica con poderes que atañían, entre otras cosas, a la gestión de parte de su sistema sanitario: la comunidad de lengua francesa, la de lengua flamenca y la de lengua alemana. En la actualidad, el sistema de salud belga ha afrontado, como la mayor parte de sus compañeros europeos, un fuerte aumento de sus gastos. En su caso, parece que los medios que se le atribuyen son insuficientes y que la racionalización del sistema está mediada por su compleja estructura administrativa y política (Íbidem).

Se puede considerar que a mediados de la década de los noventa hubo un momento de cierta inflexión en cuanto a algunas orientaciones de las políticas de salud pública en Bélgica. En este sentido, desde finales de 1995, comenzó a haber una política de modernización de la Seguridad Social. Sin embargo, esta ha sido ambivalente: por una parte, en 1996, el Gobierno suspendió un número de orientaciones concernientes al gasto

53 Las clases altas, con la desaparición gradual de los médicos de cámara, pasaron a ser atendidas en las consultas privadas de los médicos célebres. Las clases medias eran asistidas por los médicos de familia a domicilio. Por último, los pobres acudían a servicios de los hospitales benéficos (a menudo dirigidos, por la mañana, por aquellos médicos célebres que, en horario de tarde, atendían en sus consultas a los enfermos ricos).

54 Esping-Andersen (1990), clasifica tres tipos diferenciados de sistemas de bienestar: el modelo asistencial, el universalista y el de mutualidades. Este último modelo es el de los Estados del bienestar conservadores y fuertemente corporativistas, como Bélgica y Francia. En él, la obsesión liberal de la regulación por el mercado no es nunca predominante. Sin embargo, se caracteriza por un mantenimiento de diferencias de derechos ligados al estatus y a la clase. En el caso de Bélgica, es denotativo de la relación entre la inserción al mercado de trabajo y la disponibilidad económica para un mayor o menor disfrute de ciertos servicios sanitarios condicionados por las mutualidades.

55 El financiamiento previsto será triple: asalariados, empresarios y Estado. Cabe decir que la estructura mutualista estaba incluida en la gestión del seguro.

público; por otra, algunas medidas de modernización se han dirigido sobre todo hacia los grupos sociales vulnerables (Reman, 2006). Así, a la luz de las inequidades de de acceso a la atención en salud de ciertas franjas de la población (como las personas en situación irregular en los años 80 y principios de los 90), se materializaron algunas iniciativas que culminaron en la emblemática aparición de la Ayuda Médica Urgente (AMU) en 1996.[56] Uno de los puntos relevantes de esta ayuda fue la inclusión, para dichas personas, de los cuidados de tipo preventivo, en casos de urgencia.[57] De esta manera, la prestación sanitaria que los centros públicos de asistencia social (CPAS) ofrecían a las personas en situación regular sin ingresos suficientes y pertenecientes a ciertas categorías[58] pasaba a estar disponible para aquellas que se encontrasen en situación irregular y demostrasen que carecían de recursos económicos (ver Mighealth, 2008 y Maisonmedicale, 2015).

56 La AMU (Ayuda Médica Urgente) tiene su origen en la ley orgánica de los centros públicos de asistencia social de 1976. Al principio, no permitía el acceso a la atención médica para los «sin papeles» más que en los casos de urgencia a título curativo. Con la orden real de 1996 esto cambia y también se contemplan, entre otras cosas, los cuidados de tipo preventivo para esta franja de la población, con el fin de evitar todo riesgo para la salud que pueda poner en peligro a la persona o a su entorno (Medimmigrant, 1996).

57 Hubo que esperar al 2 de junio del 2006 para que la ley del Centre Publique de Asistence Sociale considerase las casas de cuidados psiquiátricos y los hospitales psiquiátricos como establecimientos sanitarios, lo cual los hace accesibles para las personas demandantes de asilo y las que se encuentran en una situación de estancia irregular.

58 El sistema sanitario belga es bastante intrincado. Existen categorías, como la de las personas en paro mayores de cincuenta años, las viudas, los huérfanos o las personas con discapacidades (VIPO), que reciben una ayuda de integración social y pueden beneficiarse de una reducción máxima en el sistema de copago. Esto es, un descuento mayor al habitual en, por ejemplo, el pago de medicamentos o los gastos de hospitalización. Además, el sistema de mutualidades, y la cohabitación con el modelo liberal, permite una gama de servicios y de médicos (algunos de los cuales se cobran de forma diferente según, por ejemplo, la franja horaria en la que se requieran) incrustados en las estructuras de atención en salud pública y accesibles para quien pueda costeárselos de forma suplementaria.

3.1 Ayuda Médica Urgente, mutualidades y arbitrariedad administrativa

Múltiples son las voces que, desde diversos ámbitos como los institucionales de salud o los asociativos y académicos, denuncian los problemas que presenta la AMU cuando se pretende aplicar a los solicitantes. Las principales críticas guardan relación con el carácter de dicha ayuda, que da lugar a ambigüedades como la pregunta de qué se puede considerar como urgencia, y con las dificultades burocráticas/administrativas de su implementación.[59]

En este sentido, la incoherencia de las prácticas de los CPAS y la pesadez administrativa de los trámites,[60] tanto para el paciente como para los médicos, hacen que estos últimos, para ganar tiempo, prefieran dar una consulta gratuita o simplemente renunciar a examinar al paciente.

> En la zona en la que yo trabajo, en Lieja, yo recibo casi todos los días al menos un paciente sin papeles que necesita una consulta; y más en invierno. Al principio utilicé el proceso para recuperar el dinero de la consulta, pero vi rápidamente que la operación tomaba más tiempo de lo que valía y, finalmente, he dado consultas gratuitas. Es un verdadero rompecabezas. Yo sé que muchos de mis colegas se encuentran en la misma situación y me parece inaceptable que los fallos del sistema sean un fardo para los médicos. (Médecins Sans Frontières, 2004: 10. Traducción propia)

Por un lado, si bien es posible recurrir al dispositivo de la AMU[61] en el marco de los cuidados preventivos, a menudo las barreras administrativas del sistema conducen a los pacientes a retrasar una visita al médico

59 «La AMU es otorgada por un Centro Público de Asistencia Social (CPAS). Será con total autonomía que el CPAS evaluará el estado de necesidad en el que se encuentra el paciente y los criterios a aplicar para esta evaluación. Esto tiene como consecuencias que cada uno actúa de forma diferente y con criterios subjetivos; como por ejemplo basarse en el hecho de que el demandante tenga televisión o no, o bien que viva en un cuchitril o en una vivienda salubre para la concesión de la cobertura médica». (Medimmigrant, 2007. Traducción propia.)

60 La ordenanza real de 1996 que instauró la AMU no precisa la forma en la que los CPAS deben organizarse. Todo esto conduce a interpretaciones variables en función de los CPAS, pero también del personal de un mismo CPAS, lo que no facilita las cosas para los dispensadores de cuidados, que se encuentran con tantas lógicas diferentes como CPAS existen (Médecins Sans Frontières, 2004).

61 En el caso de los demandantes de la AMU sus costes serán reembolsados al médico por el CPAS (quien a su vez recibirá la financiación de la ayuda del Ministerio de la Integración Social).

hasta que la gravedad o las complicaciones los obligan a ir. Esto conlleva, con frecuencia, tener que acudir a las urgencias de un hospital en el que el coste (personal, social y económico) de la cura de una patología con complicaciones será más elevado que si se hubiese tratado con antelación. Por otro lado, en lo que se refiere a la praxis clínica pública y a su remuneración por parte del Estado, esta modalidad tiene sus limitaciones cuando se trata de intervenciones psiquiátricas o etnopsiquiátricas. Pese a estar comprendidas en el ámbito normativo, los trámites burocráticos que se han de realizar para recibir el pago de la consulta también son farragosos. Además, este tipo de prácticas reciben menos compensación neta que las otras del sistema de salud.

Aquellos que no son médicos se encuentran en una posición aún más compleja de cara a los pacientes con medios económicos más limitados. Esto, a su vez, condiciona la posibilidad de que en el ámbito institucional público de salud proliferen consultas de tipo etnopsiquiátrico[62] (ver Leman y Gailly, 1991). Una de las políticas públicas llevadas a cabo a nivel nacional para mejorar el acceso a la atención sanitaria de la población con trayectorias socioculturales diversas en Bélgica ha sido la mediación intercultural en el ámbito hospitalario. De ello hablaremos con más detalle posteriormente.

3.2 El sistema de salud español: entre el acceso garantista y las políticas segregadoras de la crisis

En España, la trayectoria de la instauración del Estado de bienestar durante el siglo xx ha reflejado las profundas tensiones y fracturas políticas vividas en su historia contemporánea. Cabe mencionar que, en 1932, durante el período de la II República, se creó el seguro de accidentes de trabajo. A su vez, ese mismo año, el Gobierno instó al Instituto Nacional de Previsión a que realizara un estudio para crear los seguros de invalidez, enfermedad y muerte, y unificarlos con los seguros de vejez, retiro obrero y maternidad ya existentes. El proyecto de ley estaba listo en 1936, pero el golpe de Estado del general Franco hizo inviable su aplicación (Moreno, 2007).

62 Para conocer más sobre el panorama histórico desde la creación de los servicios de salud mental en los años 70 (a la luz de los cambios acontecidos en el panorama hospitalario psiquiátrico europeo) y el actual (con la reforma de los cuidados en salud mental de los años 1990 y 2009) de este tipo de atención médica en Bélgica, ver Bontemps (2006) o Mormont (2014).

Así pues, el estado de bienestar español[63] tuvo unos inicios bien distintos de los de otros modelos europeos. La debilidad de las clases medias, la división del movimiento obrero y las luchas entre religiosos y anticlericales, por un lado, y entre nacionalismos periféricos y Estado central, por el otro, abortaron la frágil alianza entre clases medias urbanas, obreros y jornaleros del campo (Moreno y Sarasa, 1993).

Se puede decir, en suma, que el franquismo legó un sistema de bienestar raquítico e inspirado en principios corporativistas conservadores, con algunos tímidos cambios a partir de la apertura económica de 1959 y en la decadencia del régimen en la década de los años setenta.[64] Este sistema se definía por ser clientelista por naturaleza y subsidiario, en parte, de la iniciativa privada y de la familia (Moreno, 2007).

La Constitución española, tras ser aprobada por las cortes el 31 de octubre de 1978, hizo de la salud y de la sanidad derechos de ciudadanía; es decir, derechos para todos.[65] Sin embargo, hubo que esperar hasta finales de los ochenta (tras entrar en vigor la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad) para que se materializase la universalización del acceso a los servicios sanitarios,[66] lo cual incluye aquellos relativos a la atención en salud mental.[67] Esto coincidió, a su vez, con la universalización de otros

63 Retomando la clasificación de Esping-Andersen (1990), el actual modelo español incorpora tanto características de inspiración beveridgiana como otras pertenecientes al modelo de mutualidades o al universalista socialdemócrata.

64 Cabe comentar la ausencia de política de Estado para los cuidados de tipo psiquiátrico en España hasta la llegada de la desigual reforma psiquiátrica en la década de los años ochenta. Una de sus consecuencias fue la pobre dotación de recursos e infraestructuras de atención primaria en salud mental, existente aún en la actualidad, que muy a menudo hace casi imposible acceder a este servicio. Esto supone una notable contradicción con el espíritu de Alma-Ata, que da relevancia a los cuidados de tipo ambulatorio y preventivo.

65 El artículo 43 perteneciente al capítulo III, referido a los principios rectores de la política social y la económica, dirá que «se reconoce el derecho a la protección de la salud», así como que «compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto».

66 Hubo que esperar, no obstante, al Real Decreto 1088/1989 para ver materializada la extensión de la cobertura de la seguridad social a aquellas personas sin recursos económicos suficientes. Con anterioridad a dicho decreto, la administración pública proporcionaba una cobertura de cuidados de salud a las personas excluidas del Sistema Nacional de Salud, esta se enmarcaba en el sistema de beneficencia.

67 Para saber más sobre el sistema de atención en salud mental en España, ver Imserso (2007). Con respecto al acceso y tipo de trayectorias de búsqueda de atención psiquiátrica por parte de la población migrante, ver Baca-García, Pérez-Rodríguez, Quintero *et alii* (2005).

derechos fundamentales como la educación básica, obligatoria y gratuita (Álvarez, 2009).

Actualmente, el Sistema Nacional de Salud español se fundamenta en el principio de que toda persona tiene derecho a la salud, independientemente de su situación económica y laboral. El Estado se responsabiliza plenamente de garantizar este derecho gestionando y financiando, a través de los presupuestos generales, un servicio sanitario que integra, ordena y normaliza todas las funciones sanitarias, lo cual debe permitir el paso de una concepción presidida por la enfermedad a una práctica sanitaria basada en la salud igual para todos (Álvarez, 2009).[68]

Los residentes en España de origen extranjero pueden gozar del acceso al sistema sanitario de manera gratuita y universal, de igual forma que los españoles. Dicho acceso se basa en la cotización en la Seguridad Social a través del contrato laboral y el salario (una parte la paga el trabajador y otra el empleador) sin necesidad de un pago suplementario e incluye a su cónyuge e hijos. En el caso de no poseer un salario ni contrato laboral con el que cotizar, se extenderá la modalidad llamada *cartilla sanitaria de beneficencia*, que contará con la misma cobertura y servicios que la estándar.[69] Para acceder a ella, cada comunidad autónoma aplica una serie de requisitos, si bien el único requisito que tiene un carácter general es estar inscrito en el padrón.[70]

El cambio en la accesibilidad a la cartilla sanitaria con independencia de la situación administrativa de la persona tuvo su punto de inflexión en el artículo 12 de la *Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los*

68 Es de destacar que el carácter descentralizado de la sanidad pública en España y la transferencia de la financiación de las competencias sanitarias a las comunidades autónomas han dado lugar a un mosaico, a menudo poco homogéneo, en relación con la existencia de desigualdades territoriales en la oferta de servicios sanitarios, así como en el acceso a estos (López, 2004).

69 Solo es de beneficencia a título administrativo, su formato es el de la tarjeta sanitaria de tipo normal. Existe, por otro lado, una franja muy pequeña de la población que, por sus características, se encuentra en un espacio fronterizo y no puede acceder a la cartilla sanitaria. Son las personas que no cotizan en la seguridad social, por diversas razones, pero que a su vez disponen de algunos recursos económicos (reflejados en su declaración de la renta). En su caso se les negará el acceso a la cartilla sanitaria de beneficencia al considerarse que pueden pagar una sanidad de tipo privado.

70 Para los menores de edad y las mujeres embarazadas, así como en los casos de urgencia, el acceso al sistema sanitario no cuenta con limitación alguna.

extranjeros en España y su integración social,[71] el cual señala que los extranjeros que se encuentren en España inscritos en el padrón del municipio en el que residan habitualmente tienen derecho a la asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles.[72] De esta manera, la inscripción en el padrón es el criterio unificador para la asistencia médica igualitaria para todas las personas, sean extranjeros o no, residentes en España que no posean los suficientes recursos económicos para poder costearla.[73]

El empadronamiento, la tarjeta sanitaria y las comunidades autónomas

En la actualidad, existe una gran disparidad en la aplicación del requisito de estar empadronado en las diferentes comunidades autónomas. De la misma manera que, como se mencionó antes, existen diferencias entre unas comunidades y otras con respecto a la oferta de servicios sanitarios o a su acceso, en algunos casos las leyes y prácticas de las autonomías superan el propio marco y modelo normativo estatal. Por ejemplo, esto sucede en la Ley Foral 2/2000, de 25 de mayo, de la Comunidad Foral de Navarra,[74] que establece lo siguiente en su artículo primero:

> La asistencia sanitaria pública dentro del territorio de la Comunidad Foral se extiende a todos los ciudadanos y ciudadanas residentes en cualquiera de los municipios de Navarra con independencia de su situación legal o administrativa.

71 En la redacción dada por la Ley Orgánica 8/2000, del 22 de diciembre, así como por la Ley Orgánica 11/2003, del 29 de septiembre y por la Ley Orgánica 14/2003, del 20 de noviembre.

72 La ley de extranjería, vigente en la actualidad, establece un supuesto en el que las personas migrantes, independientemente de la situación en la que se encuentren, estén o no empadronadas, estén en una situación regular o irregular, etc., disponen del derecho al acceso a la ayuda médica de urgencia. Este concepto de asistencia sanitaria urgente, que incluye a los inmigrantes en situación irregular no empadronados, consiste en la necesidad de recibir asistencia en los casos de enfermedad en fase aguda o accidente que no admite demora y finaliza cuando se ha resuelto el problema de salud.

73 Los requisitos consisten en una declaración de hacienda que atestigüe dicha ausencia de recursos económicos y el empadronamiento.

74 De la misma forma ocurre en los casos, por ejemplo, del País Vasco y la Comunidad Valenciana, que se adecúan a una interpretación más ajustada de la Ley 4/2000 en el caso de las personas que no están empadronadas. En este particular, precisan los límites de la asistencia sanitaria y de la obtención de la tarjeta, así como sus criterios y condiciones, en relación con dicha ley estatal (Fuente: <www.todalaley.com>).

Por otro lado, además de la propia legislación estatal y su no unificada interpretación, en las comunidades autónomas existen diferentes niveles de aplicación y práctica. Estos se pueden observar en las actuaciones de ciertas comunidades autónomas frente a la obligatoriedad del empadronamiento para la obtención de una cartilla sanitaria, así como en las contradicciones que este representa (y las condiciones en las que se desarrolla) para ciertos colectivos, como el de los inmigrantes en situación irregular. Este es el caso de Andalucía, Navarra y la Comunidad Valenciana, donde no se exige el empadronamiento como condición para la obtención de la cartilla.[75]

Por ello, el criterio en la Ley 4/2000 que obliga a estar empadronado para la obtención de la cartilla sanitaria no está exento de problemáticas. Estas guardan relación tanto con implicaciones derivadas de la posibilidad de acceso de la policía al padrón, a raíz de la ley de extranjería de diciembre del 2003, como con los requisitos y las dificultades intrínsecos a la inscripción en cada comunidad.[76] Hasta la entrada en vigor de esta ley, los Ayuntamientos solo estaban obligados a proporcionar información confidencial del padrón sobre cualquier ciudadano cuando existiesen razones para relacionar a la persona con algún delito. El hecho de que tras esta ley la policía pueda acceder al censo municipal y de que estar inscrito en él

75 «Eso (el empadronamiento) finalmente lo que persigue es que no tengan asistencia sanitaria pública... El tema del padrón es muy importante. Por ejemplo, en Andalucía simplemente consiste en que cualquier inmigrante asista a una institución, (una ONG, un sindicato) y, aunque no tenga DNI... ya le emiten la tarjeta sanitaria para el sistema sanitario público. O sea que el desarrollo de estas cuestiones es diferente en cada comunidad...». (Entrevista Médicos del Mundo) (Documentos técnicos de salud pública, 2004: 43)

76 «Las trabas que algunos Gobiernos regionales ponen al trámite del empadronamiento de los inmigrantes irregulares dificulta el acceso de esta población a la asistencia sanitaria... Andalucía ha quitado las trabas y los emigrantes tienen acceso a una tarjeta sanitaria estén o no empadronados, es decir, que se ha dado prioridad a la salud. Sin embargo, en la Comunidad de Madrid están poniendo serias trabas al empadronamiento... Es difícil para un emigrante sin domicilio empadronarse, porque no tiene recibo de la luz, no tiene un contrato de alquiler y además la policía, desde 2003, tiene acceso a los padrones y, por lo tanto, la gente tiene miedo. Pero si además, como en la Comunidad de Madrid, pides un informe social como requisito, todavía vas complicando más la cosa...» (Teresa González, presidenta de Médicos del Mundo España, entrevista aparecida en *Madrid Diario* (n.º 3124), 2007).

sea, en algunas comunidades autónomas (como Madrid), un requisito para la posesión de una cartilla sanitaria presenta algunas incompatibilidades.[77]

Una de las razones principales por las que las personas inmigrantes en situación irregular no realizan los trámites necesarios para la obtención de la tarjeta sanitaria es el miedo a ser expulsados. Son diversos los factores que inciden en el miedo de estas personas a dar sus datos a los organismos oficiales; sin duda, uno de los más relevantes es no saber dónde irá a parar esa información (Documentos técnicos de salud pública, 2004).

La crisis como oportunidad de estratificación social

La *Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones* surgió en el contexto de la crisis económica en España, durante el gobierno conservador del Partido Popular, bajo el pretexto de la optimización de los recursos y la minimización de los costos en el sistema público de salud. Esta nueva medida se inscribió en un conjunto de medidas que apuntaban, desde años atrás, a la privatización de la sanidad pública (a través de la derivación de recursos públicos a entidades privadas),[78] si bien su particularidad fue que por primera vez desde la Ley General de Sanidad de 1986 se regresó de la consideración del derecho a la ciudadanía a otra consideración típica de una aseguradora (José Ramón Repullo, en Rincón, Sevillano y Sahuquillo, 2012).

La sanidad dejó de ser pública, universal y gratuita para todos los ciudadanos y se convirtió en una sanidad solo para los asegurados y la beneficencia (Repullo, en Rincón, Sevillano y Sahuquillo, 2012). «La nueva norma cambia las reglas. Garantizará la asistencia a quien pueda acreditar "condición de asegurado". Eso o estar prácticamente en la pobreza, el otro

77 Entre otras con respecto al cumplimiento del punto 2 del artículo número 13 de la Carta Social Europea, donde se dice que «para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia social y médica, [...] las Partes Contratantes se comprometen a velar por que las personas que se beneficien de tal asistencia no sufran por ese motivo disminución alguna en sus derechos políticos y sociales».

78 Recortes en los presupuestos destinados a la sanidad pública, externalización de pruebas y laboratorios, no financiación de medicamentos antes cubiertos, concertación con clínicas privadas para intervenciones quirúrgicas o los hospitales públicos de gestión privada, a través de la ley 15/97, aplicándose con especial fuerza en comunidades como Madrid o Valencia (ver Público, 2014, y documentos de CasMadrid).

requisito que exige el Gobierno para poder tener una tarjeta sanitaria» (Rincón, Sevillano y Sahuquillo, 2012). En ese nuevo marco normativo, que circunscribía el derecho a la sanidad a una condición administrativa, las personas que se encontraban en situación irregular quedaron fuera del acceso a los servicios de salud, con la excepción de estos supuestos: «a) de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta médica, y b) de asistencia al embarazo, parto y postparto» (Lema, 2013: 97). El mismo artículo contempla que «en todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles» (Lema, 2013: 97).

El 31 de marzo del 2015, en un panorama preelectoral en las comunidades autónomas y los municipios de España, el ministro de Sanidad declaró la devolución del derecho de atención primaria a las personas en situación administrativa irregular, aunque no iban a poder recuperar la tarjeta sanitaria (ver EFE, 2015). Eso implica que no pueden acudir a un especialista, recibir recetas o ser atendidos fuera de su comunidad autónoma de residencia.

Con el objetivo de mejorar la asistencia médica a las personas de origen extranjero, en España han surgido una serie de prácticas impulsadas principalmente por el medio asociativo, como la mediación intercultural sanitaria o los servicios de traducción e interpretación social (por ejemplo, el Servicio de Traductores e Intérpretes SETI en la Comunidad de Madrid). De ello se hablará posteriormente.

A modo de conclusión me gustaría recordar la publicación de la Organización Mundial de la Salud-Europa en 2004: *Declaración de Ámsterdam sobre Emigración, diversidad, Salud y Hospitales*. Esta declaración fue el fruto de un proyecto piloto en 12 hospitales europeos[79] de distinto tipo cuyo objetivo, por medio del desarrollo de sus estructuras organizativas y culturales en relación con la atención y gestión de la diversidad cultural, es ser «amigos del inmigrante». En la misma se recomienda lo siguiente:

1) Desarrollar un hospital amigo del inmigrante en servicios más individualizados y orientados a las personas, para todos los pacientes y clientes y para sus familias.

79 Entre otros participaron hospitales como el Punta de Algeciras en España, el hospital de Avicenne de Francia, Academic Medical Center en Holanda, hospital de Uppsala en Suecia, etc.

2) Aumentar la atención respecto a experiencias de la población inmigrante y de las disparidades y desigualdades existentes que lleven a cambios en la comunicación, en las rutinas organizativas y en la asignación de recursos.

3) Centrarse en la diversidad etnocultural implica el riesgo de la creación de estereotipos, pero el estatus del emigrante, ascendencia étnica, origen cultural y filiación religiosa son solo algunas de las muchas dimensiones de la complejidad del ser humano.

4) El desarrollo de asociaciones con organizaciones comunitarias locales y grupos de defensa que sean expertos en cuestiones de inmigración y en cuestiones relacionadas con las minorías étnicas es algo importante que puede facilitar el desarrollo de un sistema prestatario de servicios más adecuado desde un punto de vista cultural y lingüístico.

[...]

11) Es necesaria la inversión en la construcción de capacidad con respecto a la competencia lingüística y cultural del personal (selección, formación, evaluación).

12) Un paso importante será encontrar el consenso en los criterios de amigabilidad para con el emigrante/competencia cultural/competencia para la diversidad adaptada a su situación específica e integrarlos en los estándares profesionales y asegurar que se lleven a cabo en la práctica diaria [...].

13) Los profesionales y otros miembros del personal tendrán que crear capacidades que tengan que ver con competencias interculturales y relacionadas con la comunicación y la diversidad.

14) La práctica clínica, servicios de prevención y la acción de promoción de la sanidad se adaptarán de manera adecuada para su uso a las diversas poblaciones [...].

15) Será un prerrequisito importante tener en cuenta de manera sistemática los conocimientos [...] sobre salud de los usuarios, en todos los niveles del servicio. (Declaración de Ámsterdam, 2004)

A continuación, se describen los factores más relevantes que inciden en la desigualdad en el acceso y en la atención médica adecuada de estos; se enfatiza el contexto de atención médica en salud mental.

PARTE II. ATENCIÓN MÉDICA Y DESIGUALDAD EN EL SISTEMA INSTITUCIONAL PÚBLICO

1. Factores excluyentes en la atención médica de la red institucional pública

A la hora de demandar atención médica en un servicio del ámbito institucional público, existen varios factores que dificultan al usuario el acceso y el disfrute de esta; especialmente, cuando no se pertenece a la clase media autóctona para la cual están dirigidos. Algunos de estos factores, desde la cultura organizacional biomédica hasta los determinantes estructurales del contexto de vida del usuario, inciden en el acceso al hospital o clínica. Otros, articulados con los mencionados, se presentan especialmente en el encuentro clínico entre el médico y paciente. De igual manera, cabe mencionar que la atención en salud mental presenta una serie de especificidades que no se dan, o se manifiestan en menor grado, en la atención biomédica de tipo somático. A continuación, hablaremos de las variables que inciden en el acceso al sistema de salud de tipo institucional y en la atención adecuada, haciendo hincapié en el área de la atención en salud mental.

En general, podemos agrupar los factores que excluyen del acceso a la atención médica en dos dimensiones:

a) Los determinantes jurídico-administrativos, socioculturales y económicos en la búsqueda de atención del usuario: remiten, por ejemplo, a la posibilidad de ejercer el derecho a demandar la atención médica, determinada por la situación de regularidad administrativa del usuario, por los procesos socioeconómicos que condicionan su nivel adquisitivo (en el caso de la no gratuidad y el copago de servicios o medicamentos como sucede en Bélgica y, con los medicamentos, en España) o su tiempo libre para acudir a la consulta, así como la existencia de redes sociales facilitadoras del acceso a ciertos servicios médicos. De igual forma, refiere por ejemplo a procesos de discriminación social producidos desde los contextos de residencia o desde las instituciones, que comprometen el acceso a la atención médica.

b) La cultura organizacional biomédica: Corresponde a la configuración (de protocolos, bienes materiales y simbólicos, relaciones sociales,

etc.) (Muñoz, 2018) del sistema de salud de derecho común y las unidades en las que se imparte el servicio médico y que condicionan el acceso, por ejemplo, en función del conocimiento que se tenga de este y de sus especificidades.

En el contexto del encuentro clínico entre médico y paciente, los factores que lo comprometen y son excluyentes se manifiestan en cuatro dimensiones:

a) La dimensión cultural: Relativa a la existencia de diferentes modelos explicativos, referentes al proceso s-e-a/p por parte del médico y el paciente.

b) La dimensión lingüística/idiomática: Para llevar a cabo el diagnóstico y el tratamiento, se acude a la práctica cultural, en este caso, de la psiquiatría dominante focalizada en la dependencia del discurso (o capacidad comunicativa) del paciente y en la narración oral del padecimiento por parte del afectado o sus acompañantes.

c) La dimensión social: Nos remite a la incidencia del encuentro entre itinerarios sociales diversos (tanto del terapeuta como del paciente) en la práctica clínica. Por ejemplo, es el caso de la distancia social desde la que, con determinados pacientes, el terapeuta observa y ejerce sus prácticas clínicas.

d) Las variables biológicas: Dependen de ciertas características fisiológicas compartidas del grupo de origen del paciente en función de la metabolización y el efectos de los medicamentos.

2. Determinantes jurídico-administrativos, socioculturales y económicos

En algunos países, el hecho de ser inmigrante en situación irregular puede suponer una gran barrera al acceder al sistema sanitario por, entre otras cosas, la propia dificultad burocrática del proceso o el miedo a ser denunciado o identificado como irregular y represaliado. En el caso que nos ocupa, las dificultades de acceso a la atención médica por parte de las personas en situación irregular se manifiestan de diferente modo en Bélgica y en España.

Si atendemos al «Estudio europeo sobre el acceso a los servicios de salud por parte de las personas en situación irregular» (Médicos del Mundo, 2007*a*), por un lado tenemos el caso de España, considerado, junto con Italia, el país de mayor universalidad en el acceso a los servicios de salud:

un 80 % de los encuestados lograron obtener la cartilla sanitaria tras solicitarla. Como ya se comentó antes, los requisitos necesarios para el proceso de obtención la cartilla sanitaria, cuyo punto central (tras la Ley 4/2000) es el empadronamiento, son diferentes en cada comunidad autónoma. Variables como la facilitación del empadronamiento o que no se exija para acceder a la cartilla sanitaria son de relevancia para incentivar la inclusión a la atención en salud de aquellas personas que se hallan en situación irregular.[80] Unido a esto, el nuevo panorama legislativo (Ley 16/2012) añade renovadas dificultades, en detrimento del derecho garantista a la atención médica, para acceder a la tarjeta sanitaria y, entre otras cosas, poder ser atendido en otras comunidades autónomas o acceder a especialistas.

Bélgica es uno de los países cuya universalidad factual en el acceso de dicha población sale peor parada en términos porcentuales. De acuerdo con el estudio de Médicos del Mundo (2007*a*), de todas las personas encuestadas que iniciaron los trámites para obtener una cartilla sanitaria, únicamente la obtuvieron un 26,7 %. Los factores causales que explican esta situación son varios, pero destaca la dificultad burocrática del proceso. Es interesante resaltar la tasa de personas cuya demanda de atención sanitaria fue rechazada por los médicos; esta estadística es diferente en ambos países. Bélgica supera el 11 % de media en los países estudiados de la UE (Médicos del Mundo, 2007*a*) y se sitúa en un 15 % de rechazo. En España, en cambio, la tasa de rechazo es del 6,4 %, la menor de toda la UE.

Cabe destacar que algunas de las dolencias que sufrían los pacientes que fueron rechazados eran urgencias (fracturas y quemaduras, pero también embarazos y trastornos de la personalidad) y enfermedades consideradas de gravedad (como la hepatitis vírica) o infecciosas (sinusitis y neumonía). Algunos de los motivos del rechazo refieren al desconocimiento de los profesionales de la salud de los derechos reconocidos a los extranjeros en situación irregular, el desconocimiento de los procedimientos existentes para garantizar el acceso de estas personas a los servicios de salud o el rechazo de algunos profesionales del ámbito de la salud a hacerse cargo de beneficiarios de ayudas como la AMU en Bélgica. Esto último guarda

80 Puesto que la obtención de la cartilla sanitaria está condicionada por el requisito administrativo de la inscripción al padrón, se desencadenan ciertas consecuencias como la limitación del acceso a las personas sin hogar o que, por diferentes razones, no puedan demostrar estar viviendo en una casa.

relación, como ya se comentó, con las dificultades del proceso de tramitación de la ayuda y de reembolso de la consulta.

Por lo dicho con anterioridad y tal y como han demostrado diversos estudios —entre otros, Servicie de lutte contre la pauvrete, la precarite et l'exclusion sociale, (2001), y Agence de Droits Fondamentaux de l'Union Européen, 2011—, las trabas jurídico-administrativas con las que se enfrentan las personas relegadas a una situación de irregularidad en Bélgica limitan seriamente su posibilidad de acceso a la atención médica y su disfrute de esta.

Los factores socioculturales y económicos nos llevan inevitablemente a la trayectoria individual de la persona, pero también al contexto macrosocial en el que se inscribe como, por ejemplo, las reestructuraciones industriales o económicas. Los efectos excluyentes de estas reestructuraciones no solo influyen en el estado de salud de los cuerpos, sino también en el uso que hacen de los recursos sanitarios (Annandale, 1998). De este modo, por ejemplo, las condiciones de trabajo precarias (o de explotación), la contratación irregular, el clima de competitividad (y el miedo a ser despedido y sustituido, sin garantías, por otro), las jornadas laborales de más de ocho horas, etc., no favorecen la petición de permisos de trabajo para acudir al centro de salud. La roturación social de la enfermedad, la dimensión *sickness*, juega un papel importante a la hora de concebir el derecho a enfermar y a sanar en función de la posición social del sujeto que demande atención médica y de las contradicciones en el proceso s-e-a/p que, entre otras cosas, ponen en juego las servidumbres de clase. Un ejemplo de ello es el del médico que se niega a conceder una baja laboral, pues asume los intereses de la empresa, o el del trabajador que se jacta de no haber faltado nunca a la fábrica (Linares, 1982).

El pronóstico de la enfermedad, a partir de la respuesta social en el contexto local en el que la persona se desenvuelve, es a su vez determinante en el curso del padecimiento y su posible curación. Un ejemplo es el estudio de Waxler (1979, en Martínez, 2010) en familias cingalesas sobre la no aceptación de incurabilidad y cronificación de un pronóstico de esquizofrenia, la negociación del diagnóstico con el profesional (biomédico o no) y las consecuencias que ello pueda tener. Waxler comparaba este caso con sociedades que aceptan este pronóstico, como las europeas. Cuatro líneas de investigación se desprenden de esto: *a)* el papel del trabajo y las variables económico-políticas (Warner, 1985, en Martínez, 2010); *b)* el impacto de las concepciones culturales (idea de persona, enfermedad,

cronicidad, etc.); *c)* Las actitudes de la familia, los procesos de estigmatización o la estructura del parentesco, y d) el impacto del tamaño y la morfología de las redes sociales (rehospitalizaciones, calidad de vida y desarrollo de habilidades) (ver Martínez, 2010).

Resulta denotativo que, por lo general, en las sociedades occidentales (lo cual incluye aquellas cuyo acceso a la atención en salud es gratuito), las personas pertenecientes a las clases más favorecidas tienden a consultar a los médicos a título preventivo, mientras que las de las clases menos favorecidas lo hacen a modo curativo (Morniche, 1993: 265). En este sentido, Boltanski (1971) subraya el condicionamiento social de clase que favorece una competencia médica. Las clases más favorecidas socioeconómicamente son las que interiorizan en mayor medida las categorías conceptuales del saber médico. Algunos de los factores que explican la mayor consulta a los médicos por parte de las clases favorecidas son la proximidad al origen social del médico (por lo que se comparte su cosmovisión y sus códigos comunicativos) o, por ejemplo, el capital cultural (real o atribuido en función de la clase social a la que se adscriben ambos) que facilita la transmisión de conocimientos y su capitalización entre el médico y el paciente. A su vez, un determinante en el acceso a la atención y su tipo es que las personas que tienen dificultades financieras relegarán a menudo los gastos de salud a un segundo plano, después de la vivienda y la comida.

En países cuya cobertura sanitaria es gratuita y universal, como en España, la relevancia de la falta de recursos financieros para un disfrute de la atención sanitaria no es tan determinante como en otros lugares. Sin embargo, en contextos de precarización y crisis económica, como el actual, se encuentran con frecuencia situaciones en las que los pacientes no pueden costearse ni siquiera la parte no cubierta por la seguridad social de ciertos medicamentos fundamentales para su salud. Este es el caso de medicamentos como los antipsicóticos, pero también de otros productos como la píldora contraceptiva (coordinadora de Proyectos de Médicos del Mundo de Castilla la Mancha. Entrevista personal, marzo 2009). No ayuda a la mejora de acceso la reducción de la cobertura de medicamentos financiados por la Seguridad Social llevada a cabo en septiembre del 2012 (BOE, 17 de agosto del 2012).

El factor económico desempeña un papel nada desdeñable en el grado de inclusión o exclusión de los servicios sanitarios en países como Bélgica, en los que el sistema de mutualidades complementarias y de copago crea una brecha condicionada por el nivel adquisitivo para el pago de

consultas o de servicios no cubiertos por las modalidades convencionales. En sociedades estratificadas como la española y la belga, así como en las sociedades de origen en el caso del migrante, la posición que se ocupa en la estructura social incide en ciertas representaciones sociales de las instituciones de salud, configuradas para las clases sociales mayoritarias y dominantes, portadoras simbólicamente de la historia y sus metáforas en términos de apropiación/enajenación del medio institucional y de las praxis médicas.

Un ejemplo de ello es el de algunas representaciones sociales de las minorías étnicas autóctonas o de ciertos migrantes (que son minorías étnicas a su vez o sufren discriminación de diversa índole en su país de origen) con respecto a la atención médica y a las clínicas y hospitales. Estos grupos reactualizan (desde narrativas de una población subalternizada) imaginarios de agresión y desconfianza que inciden en el acceso a los servicios y la demanda de estos, así como en las estrategias de acceso (por ejemplo, acudir solo o en grupo) y en la percepción que se tiene del personal de salud.

A lo largo de mis posteriores investigaciones en México y Ecuador, he podido observar que esto se replica en población urbana marginada y población indígena (Muñoz, 2014*a*). Un caso documentado en Bélgica, que pude observar de forma análoga en la población indígena de Chiapas (México), es el de una mujer gitana rumana que no quería dejar a su hijo (el cual debía ser operado de apendicitis con urgencia) en el hospital, ya que temía que allí lo asesinasen para traficar con sus órganos. La labor de un mediador intercultural, explicando el funcionamiento de la institución y acompañándolos en el proceso, pudo resolver la situación (Muñoz, 2010).

En el acceso a la institución de salud (a través de las urgencias, por ejemplo) y en el encuentro clínico, la distancia social desde la que los médico observan, evalúan y ejercen sus praxis clínicas puede estar mediada por una serie de concepciones con respecto al proceso salud-enfermedad-atención del usuario en función de la procedencia social del paciente. Un ejemplo, en este sentido, es el de la atribución del personal de salud a la somatización del padecimiento (ver la defensa que realiza Cheng, 2001, de este argumento), así como a la mayor resistencia frente al dolor o a la automedicalización y sus tipos a las clases desfavorecidas (ver Koos, 1954). Dicha dicotomía, psicologización versus somatización, se aplica también a la construcción del binomio occidentales/no occidentales (ver Bhugra y Mastrogianni, 2004).

Por otra parte, con respecto a las personas en exclusión social, una variable destacable que influye en el proceso de inequidad en el acceso a la atención médica de derecho común son las representaciones que tienen los profesionales del mundo médico-social y su correspondencia con las de las personas fragilizadas. Entre otras, se pueden encontrar las siguientes: presentan problemas de salud ligados a sus modos de vida, están en un estado de alerta permanente, poseen un nivel de instrucción discapacitante en su vida social, tienen desconocimiento de su cuerpo, etc. (Remion, 1997, en Doumont, Aujoulat, Deccache *et alii.*, 2000). También hay que señalar el papel que juegan las representaciones que los usuarios en situación de exclusión social pueden tener de las estructuras de acogida y de cuidados (identificación de competencias, calidad de la acogida, cómo se recibe la información médica, social, jurídica, etc.). Como consecuencia, esto puede frenar toda tentativa de acceso a los cuidados médicos institucionales (Doumont, Aujoulat, Deccache *et alii.*, 2000).

En el caso de los migrantes, los profesionales de la salud suelen asociarlos con frecuencia a la *clase desfavorecida local*, llamada también *cuarto mundo* (Gailly, 2010). Esto es, se realiza una analogía entre *culturalmente diferente* y *desfavorecido local*, en una concepción de la cultura de la pobreza en la que se asume el carácter hereditario de la pobreza social y económica en la población local y, por extensión, en la extranjera (Gailly, 2010). En el acceso a la atención médica y su disfrute, esto tiende a reproducir las mencionadas representaciones sociales y praxis del médico, que yuxtapone la distancia cultural a la social (un caso particular de ello es, por ejemplo, la desvalorización de un médico migrante que ejerce otra profesión en la sociedad de destino y acude como paciente a un consultorio). De ello, así como de los procesos de minorización cultural y racismo, hablaré con más detalle en el siguiente apartado, relativo a la incidencia de las variables culturales.

Es nuestra investigación encontramos un factor, que se desarrollará particularmente en el análisis de la etnopsiquiatría en Brugmann, mediador en el acceso a la atención médica y sus tipos (tiempo de espera o, por ejemplo, acceso a especialidades). Se trata de la existencia de redes sociales del usuario que facilitan, a través de actores ubicados en el campo profesional de la salud, la información y el acceso a la atención médica. A su vez, la distancia social y cultural desde la que actúa el médico le impide con frecuencia conocer las características de las redes sociales del paciente migrante, por lo que trata de asemejarlas, erróneamente, a la de los pa-

cientes autóctonos, con los problemas que esto conlleva en el diagnóstico, tratamiento, acompañamiento y pronóstico (ver Ibáñez, 2015).

En el ámbito concreto de la salud mental se han descrito, desde la psiquiatría, diversos tipos de dolencias asociadas con el proceso migratorio y las condiciones en las que actualmente se efectúa este (Ver, por ejemplo, García-Campayo y Sanz, 2002). Un caso específico es el llamado *síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple*, descrito por Achotegui (2006). Este se origina por causas de diversa índole que guardan relación con las exigencias abrumadoras (cuando no imposibles, como en el caso de los sin papeles) del proceso de adaptación.[81] Es el particular de las dificultades de acceso al sistema sanitario, el aislamiento social, la ausencia de redes sociales, las condiciones precarias de vivienda y trabajo,[82] etc. Todo ello, además de ser un motivo de dolencia y de inequidad en el disfrute de la salud, puede ser un factor añadido al desigual acceso a la atención médica. Esto ocurre, por ejemplo, cuando no se tratan adecuadamente síntomas reactivos de estrés, como el mal de Ulises, y se medicalizan como si fuesen una psicopatología (Achotegui, 2006); o cuando, por su gravedad y persistencia, derivan en una psicopatología que revierte en la profundización de los procesos de desafiliación social de la persona.

3. Variables culturales

3.1 La cultura organizacional biomédica

Para identificar la articulación entre la cultura organizacional biomédica, en el ámbito institucional objeto de estudio, y las barreras en el acceso a la atención médica y el disfrute de esta, es necesario recordar el carácter sociocultural de las instituciones. Entendemos las instituciones como sistemas en constante actualización y reordenamiento a través de la práctica profesional de sus actores, la cual está articulada por representaciones, discursos y prácticas hegemónicas que operan estructuralmente por me-

81 Sobre todo si estas se dan en un cúmulo de condiciones difíciles y excluyentes.

82 La relación entre el deterioro de la salud y la falta de medios económicos sucede en casos diversos como el de las personas que acuden a las consultas de psicología de Médicos sin Fronteras en Bruselas porque sufren angustia y ansiedad a consecuencia del hambre. De igual manera, una psiquiatra española me contó el caso de pacientes cuya causa de malestar, y su sintomatología derivada, era fundamentalmente la ausencia de alojamiento (ver apartado sobre FCCP).

dio de pautas —en términos de Linton (2008 [1942])—, o bien de patrones de conducta que sustentan las dimensiones simbólicas y materiales sujetas a la normativización y reproductoras de las normas necesarias para la existencia, legitimidad y continuidad de dicho sistema (Muñoz, 2018a).

Toda institución es un reflejo de la sociedad y está articulada con los procesos sociales, económicos y políticos en los que se inscribe. Como menciona, entre otros, Matsinhe (2007), cualquier institución terapéutica define los patrones institucionalizados de conducta designando las situaciones que se dan en estos patrones, los cuales se estructuran alrededor de la norma social. Su transgresión o acatamiento se determina por el concepto de desviación —ver Simmel (1998 [1908]) o Becker (1983 [1963])— concebido por la forma, estructurada en un campo sociocultural específico, en que las personas reaccionan frente a una conducta determinada.[83] Estos patrones y normas se definen, en el caso que nos ocupa, por una concepción del proceso salud-enfermedad-atención/prevención regida por el modelo médico hegemónico (en términos de Menéndez, 1984) dirigido a una población socioculturalmente dominante. Esta es la concepción biomédica evolucionista-positivista, biologicista y reificadora de la experiencia del padecimiento (Taussig, 1980) destinada a la población urbana, autóctona, de clase media y media-alta, cuyos representantes son los profesionales de la salud (ver Kleimann, 1988).

Entendiendo que las trayectorias socioculturales de dichos profesionales están inscritas en sus prácticas de cuidados y representaciones sociales en el ámbito clínico. Los usuarios, en esta configuración ideológica del medio y la praxis médica, representan una alteridad o un miembro de dicha población (en Muñoz, 2014*a*). En el particular de la salud mental, la articulación entre la ideología médica, la institucionalización, el control y la economía capitalista en la que se produce se hace evidente de una forma sustantiva, tal y como desarrollan, entre otros autores, Linares (1982) y

83 Las normas sociales pueden ser formales e informales, así como de tipo expresivo (mímicas, entonaciones...), discursivas (vocabulario, sintaxis, contextualidad...), de comportamiento (gestos, posturas, actitudes), instrumentales (manipulación de objetos...), etc. El centro de salud es un lugar particularmente propicio a la heterogeneidad de reacciones y percepciones normativas, ya que en él confluyen diversas narrativas sobre el cuerpo, el proceso s-e-a/p, la alimentación, la muerte, etc. Además, su mundo está especialmente impregnado de una fuerte carga afectiva/emocional para los actores implicados en él, a diferencia de otras instituciones y campos sociales.

Polack (1972). Este aspecto se analizará a lo largo del libro a partir de los tres modelos de intervención en salud mental.

En la medida en la que las instituciones sanitarias están culturalmente configuradas para el tipo de población mencionada, su cultura organizacional opera —desde su conformación mediada por el modelo corporativo público del capitalismo de intervención estatista y los criterios de mercantilización (Menéndez, 1984)— a través del binomio exclusión-inclusión utilizando, explícita o sucintamente, la selección social. Así pues, la cultura organizacional (ver Peiró, 1990, o Schein, 1992) biomédica comprende la dimensión material y organizativa (existencia de medicamentos, estudios clínicos, protocolos de actuación, criterios de organización, características materiales de los espacios, etc.) articulada con la comportamental y la simbólica (representaciones sociales, prácticas de los proveedores de atención y espacios en los que se configuran y desarrollan las relaciones sociales y sus significados).

A partir de la concepción del médico, por extracción o asimilación, y del sistema profesional en el que ejerce su praxis como representantes de las clases sociales dominantes, subrayo dos puntos respecto a la selección social de los destinatarios de la atención médica:

1. Las características de la cultura organizacional biomédica que filtra a los usuarios en función de su trayectoria sociocultural y, en el caso de la sanidad privada o el copago, del nivel adquisitivo. Este filtrado se lleva a cabo a través de la encriptación lingüística cultural y técnica de las praxis y procesos, la complejidad y arbitrariedad administrativa, y la asimilación normativa e ideológica en el proceso de acceso a la atención médica.

2. La incidencia valorativa (en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la enfermedad) de los supuestos implícitos del médico (legitimados por la correspondencia entre su trayectoria sociocultural y la cultura organizacional de la institución, en este caso en el plano del encuentro clínico de multiculturalidad significativa) con respecto a los modos de interacción y de comportamiento del paciente considerado como una alteridad[84] (ver, en el caso del VIH-sida, Muñoz 2018a).

84 Un ejemplo de este caso es el juicio moral en el que, además de las conductas moralmente evaluadas desde los supuestos implícitos del terapeuta para un paciente de su mismo entorno cultural (ver, entre otros, Scheff, 1966, 1973, o Goffman, 1970), la diferencia cultural se considera como una desviación o patología (ver Gailly, 2010).

Respecto al primer punto, estos son algunos ejemplos empíricos de los factores excluyentes que se desprenden de la cultura organizacional biomédica en el caso de España y Bélgica:

a) la complejidad del operativo de atención y la falta de coordinación administrativa e institucional (Caramés, 2008: 272) que se refleja, por parte de los usuarios y de algunos profesionales sanitarios o administrativos del campo de la salud, en el desconocimiento del funcionamiento del sistema de salud[85] y de la legislación vigente en materia de reconocimiento de derechos a la atención médica.[86]

b) La mayor o menor accesibilidad a la cartilla sanitaria o, como se mencionó para el caso de Bélgica, a la Ayuda Médica Urgente debida a la complejidad y arbitrariedad de ciertos procesos burocráticos.

c) Las barreras de tipo lingüístico en el área administrativa. A este respecto y también en lo que se refiere al tratamiento de las problemáticas lingüísticas y culturales del encuentro clínico que se mencionarán a continuación, me remito a la praxis profesional de los mediadores interculturales en los hospitales, en Bélgica y España, documentada y analizada en Muñoz (2013*b*).

En el segundo punto, la distancia social y cultural del médico con el paciente (como mencionamos en el apartado anterior) da lugar a una interpretación del encuentro clínico, en función de la trayectoria sociocultural del paciente, de su presentación en la consulta y —especialmente en la atención de problemas de alta estigmatización social como la salud mental o el VIH-sida (ver Muñoz (2014*a*)— de la etiología, el curso de la enfermedad o la búsqueda de atención. Esta interpretación produce formas de selección social de los pacientes a partir de la asimilación cultural de las normas dominantes en la sociedad/institución, los esquemas organizativos y las interacciones dominantes, las disposiciones que debe adoptar el paciente frente al médico y, como desarrollaremos seguidamente, de los modelos explicativos del proceso s-e-a/p. Veremos a continuación algunos procesos de tipo lingüístico-cultural que inciden en el encuentro clínico.

85 Desconocer cómo funciona el sistema de salud provoca que, por ejemplo, las personas acudan a la consulta sin citación previa o que vayan a Urgencias al sufrir dolencias de carácter leve, lo que provoca que los profesionales las rechacen y que se las culpe de colapsar el servicio.

86 Fruto de la ausencia de información por parte de la institución o de la mala circulación y las pobres características de esta.

3.2 El carácter lingüístico-cultural del encuentro clínico

Los problemas de comunicación debidos a motivos lingüísticos entre el personal sanitario y el paciente desembocan a menudo en dificultades que influyen, principalmente, en la entrevista terapéutica, la elaboración de un diagnóstico, el seguimiento del tratamiento o la participación del paciente. Dichas dificultades no solo se dan en el cuadro de la consulta, sino que también se manifiestan en la relación del usuario con las áreas administrativas de la recepción (de vital importancia al ser la puerta de entrada al centro sanitario). Algunas de estas dificultades están provocadas por los siguientes factores: *a)* la mala comunicación, debida a la inexistencia de una lengua lo suficientemente compartida (por terapeuta y paciente) como para ser operativa (ver, por ejemplo, De Muynck (2004); *b)* la variabilidad de los datos obtenidos por el psiquiatra en función de la lengua en la que el paciente, multilingüe, se expresa en la consulta (Burck, 2004); *c)* la divergencia entre un lenguaje médico experto y otro profano, no solo por su comprensibilidad, sino también por el poder (la legitimación ejercida por medio de la autoridad) del saber fundado que se le atribuye al médico (ver Jordan, 1993), y *d)* la polisemia de un mismo término y concepto en una misma lengua, cuyos posibles significados están condicionados por diversos contextos culturales de enunciación y referencia.

Los factores que remiten a las barreras lingüísticas, como se muestra en esta investigación, son una de las principales problemáticas que se presentan en la relación entre el paciente, que no domina la lengua autóctona, y el profesional de la salud, que no conoce la lengua del paciente. Desde el punto de vista de los profesionales sanitarios (en este caso especialmente los de las áreas de psiquiatría, que dependen mayormente de la narrativa del paciente para la praxis clínica) esta problemática será de tal relevancia que la dotación de medios y herramientas de traducción/interpretación constituye un motivo generalizado, de primer orden, de demanda a las administraciones públicas.

Los idiomas son, intrínsecamente, el lugar de disputa social e ideológica entre idiomas, y dentro de un mismo idioma y su variabilidad, en cada persona (Bajtín, 1981) debido a la desigualdad de poder y estatus que se le confiere a cada idioma en función del contexto y las prácticas institucionalizadas en las que se insertan los individuos (Burck, 2004). En situaciones de multilingüismo, se ha documentado que los individuos presentan diferentes valores, contenido afectivo, registro memorístico y

lenguaje corporal en función de la lengua en la que hablan, y esto influye en los procesos de construcción y performatividad de la identidad y la subjetividad (Koven, 1998). A efectos clínicos, cabe añadir que se ha comprobado que una persona puede manifestarse psicótica en una lengua y coherente en otra (Burck, 2004).

Este es un ejemplo de las diferentes respuestas a una misma pregunta por parte de una persona de origen japonés que vive en Estados Unidos, bilingüe en japonés e inglés:

> Cuando mis deseos entran en conflicto con mi familia: (respuesta en japonés) es tiempo de gran tristeza. (Respuesta en inglés) Hago lo que quiero.
>
> Probablemente seré en un futuro: (respuesta en japonés) ama de casa. (Respuesta en inglés) Profesora. (Ervin-Tripp, 1964)

En el caso de compartir una misma lengua, existen variables en el ámbito comunicativo de la relación terapeuta-paciente-institución que afectan a la efectividad de la atención médica y la calidad del servicio. Un ejemplo de esto son los códigos, registros y movilizaciones de capitales simbólico-culturales entre un lenguaje médico y otro profano. Bourdieu (1993) afirma que, aun compartiendo la misma lengua, en un contexto comunicativo institucional dado, se pueden manifestar barreras idiomáticas relacionadas con variaciones en el uso del vocabulario y el significado fruto del mercado de bienes lingüísticos y simbólicos.

Sucede lo mismo con los elementos no verbales de la situación. Los gestos más espontáneos se inscriben en códigos sociales a menudo muy precisos que difieren según las culturas. Un ejemplo de ello es el caso del espacio interpersonal en la comunicación en cada cultura (ver Hall, 1990).[87] Es interesante destacar que los interlocutores, por lo general, son conscientes de la diversidad lingüística, pero no tanto de la diversidad de dimensiones de la comunicación, como en el caso de los modelos comunicativos:

> Cuando un individuo de origen chino permanece en silencio ante una pregunta que nos parece trivial, no pensamos (desde un miembro de la sociedad española autóctona) que la cultura china tiene un intercambio de respuesta en

87 En este sentido, Hall, con su *teoría de la proxémica*, sostiene que diferentes culturas mantienen distintos estándares de espacio interpersonal. Las distancias sociales dependen a su vez de variables como la situación social, el sexo o la preferencia individual. Dicho autor distingue cuatro tipos diferenciados de distancias: personal, íntima, social y pública.

> los turnos de palabra diferente del nuestro. Pensamos (o más bien sentimos) que este individuo o este grupo es lento, poco comunicativo y desconfiado. (Raga, 2006)

La polisemia condicionada por el contexto cultural de enunciación y referencia puede incidir negativamente en el desarrollo de la praxis clínica. Existe el peligro de unificar el contexto cultural de recepción de ciertas expresiones con el de referencia, con lo que se atribuyen, en una suerte de sobredeterminación cultural, categorías explicativas del proceso s-e-a en función de esta reducción articulada a la representación dominante del médico. Por ejemplo, se puede atribuir la expresión *hacerse mala sangre* a la teoría de los humores (ver Jaffré, 1996). Por ello, es necesaria la traducción e interpretación no solo lingüística, sino también cultural de conceptos relevantes para el diagnóstico y el tratamiento del paciente.

Para el médico, un desarrollo frustrante de la comunicación puede contribuir a la emergencia o reproducción de juicios negativos o a un *proceso de minorización*, como lo denominan Py y Jeanneret (1989). Principalmente, esto sucede en contextos en los que uno de los interlocutores pertenece a la mayoría (autóctona en muchos casos) y el otro a una minoría (alóctona o autóctona), lo que produce una generalización y una minorización dirigidas a este último. Estos procesos se llevan a cabo mediante una sustitución de las características individuales de la persona basada en estereotipos justificados bajo el concepto de cultura. Sobre esto profundizaremos a continuación.

3.3 Modelos explicativos y producción de la cultura en procesos de discriminación

El contenido cultural de la interacción, necesaria para el encuentro clínico, entre médico y paciente tiene su núcleo nodal en los modelos explicativos[88] (Kleinman, 1980) del proceso salud-enfermedad-atención que ambos poseen. Como venimos señalando, esto se da en un marco

88 Kleinman (1980) introdujo el término *modelo explicativo* para referirse a las ideas y creencias concernientes a la enfermedad y al tratamiento empleadas por aquellos implicados en el proceso clínico. Los modelos explicativos proveen las explicaciones sobre la etiología de la enfermedad, su curso y el modo de inicio de los síntomas, los procesos patofisiológicos implícitos, la historia natural de la enfermedad, la severidad de esta y el tratamiento adecuado para enfrentarla.

determinado por relaciones de poder desiguales en el seno de una cultura organizacional que determina las praxis y las representaciones sociales y técnicas de los profesionales de la salud, así como ciertos usos acertados, en términos de la mejora en la eficacia terapéutica y la sensibilidad cultural, o problemáticos, al ser discriminatorios por omisión o sobredeterminación de lo cultural.

Estos son algunos de los procesos que comprometen una atención médica adecuada, especialmente en una situación de multiculturalidad significativa: a) las diversas concepciones de la enfermedad que pueden tener (y representar en la escena de cuidados) el terapeuta y el paciente; b) la pluralidad de maneras de concebir la atención en salud por parte del terapeuta y el paciente. Lo cual concierne a las prácticas de atención, a los actores implicados en estas y a su legitimidad, así como a las configuraciones espaciales y organizativas de la consulta (por ejemplo, una consulta diádica de tipo privado u otra grupal de carácter público); c) la importancia de la consideración, por parte del terapeuta, de los procesos de transferencia y contratransferencia desde un punto de vista cultural (ver Devereux, 1980), los cuales pueden condicionar el diagnóstico y seguimiento del paciente (Muñoz, 2013*a*), y d) la incidencia de los estereotipos, la minorización cultural y la homogeneización intragrupal en prácticas de diagnóstico y seguimiento sesgadas o discriminatorias.

La expresión y la representación de la dolencia a través de la lengua puede conllevar variaciones sustanciales que resultan problemáticas si se desconoce el componente cultural de dicha expresión. Un ejemplo de ello es el de una mujer vietnamita que acude a una consulta en Estados Unidos y dice sentir *peso* en la tripa. Le diagnostican, erróneamente, depresión; sin considerar que para muchos vietnamitas el peso en el estómago tiene que ver con dolores cardíacos. Las diferencias de reacción según las culturas no conciernen solamente al estilo de la queja o a la naturaleza de la angustia asociada a diferentes síntomas; según las sociedades, se confiere un interés mayor o menor a diferentes órganos o partes del cuerpo.

En las sociedades occidentales, el corazón tiene una significación especial, mientras que en Japón, tradicionalmente, es al abdomen al que se le presta mucha más atención, se considera como el sitio de la vida y condensa las significaciones que en Occidente se atribuyen al corazón y

al cerebro[89] (Adam y Herzlich, 1994). Un ejemplo de la variabilidad cultural (en una de las consultas objeto de estudio en Barcelona) con respecto a la variedad de interpretaciones y reacciones de los usuarios frente a la mención de los sentimientos de culpa por parte del terapeuta es que los latinoamericanos tienden a sentirse culpables (o expresar culpabilidad) de lo que les pasa, mientras que los paquistanís se quedan asombrados frente a una situación similar (Achotegui, entrevista personal 2009).

Asimismo, en lo relativo a las expresiones somáticas, tal y como señala Gailly (1991), en el contexto estudiado de Bruselas, los pacientes de origen magrebí tienen más tendencia a mostrar molestias torácicas, los subsaharianos a expresar molestias digestivas y los asiáticos a mostrar síntomas relacionados con la sexualidad. Algunos estudios comparativos, como el *International Pilot Study of Schizophrenia* (IPSS) (WHO, 1979) o el *Collaborative Study on the Assessment of Depresive Disorders* (1980), mencionan que, en el primer estudio referido, se halla una mayor frecuencia de síntomas afectivos, ideas delirantes y delirios de inserción del pensamiento en las sociedades industrializadas, mientras que en los contextos no industrializados las *voces que hablan del sujeto* y las alucinaciones visuales son más prevalentes. En el segundo estudio (realizado en Canadá, India, Irán, Japón y Suiza), se sostiene que, mientras los sentimientos de culpa y autorreproche aparecen en el 68 % de la muestra suiza, solo está presente en el 32 % de la de Irán. Algo similar sucede con las ideas de suicidio entre Canadá (70 %) e Irán (50 %) (en Martínez, 2010). Lo cual nos hace pensar en la expresión sintomática y la traducción situacional desde los significados socioculturales del paciente y su entorno, en términos de diversidad étnica y social interna, y entre conjuntos sociales; pero también en los procesos culturales de registro, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y, en suma, estructuración del padecimiento por parte del clínico y la cultura organizacional biomédica instituida.

El modelo cultural engloba también, más allá de la percepción y de la expresión de los síntomas, qué se define como enfermedad en una sociedad. Sabemos que en algunas los fenómenos que la biomedicina juzga patológicos no se consideran problemáticos: los gusanos intestinales que ciertos grupos étnicos valoran como elementos necesarios para la diges-

89 Todavía hoy, cuando la biomedicina occidental es dominante en Japón, los japoneses diferencian un gran número de trastornos abdominales que en Occidente no se distinguen, confiriéndoles una gran importancia.

tión son un ejemplo de este hecho. Sucede a la inversa con los síndromes ligados a la cultura; por ejemplo, uno de los mejores estudiados es el del susto, que se da en toda América Latina tanto en las poblaciones mestizas como en las indígenas (ibid. 1994). En este sentido, los síndromes ligados a la cultura también ocurren en contextos occidentales. Por ejemplo, el trastorno de la alimentación denominado *anorexia* (Pérez, 2001) o, como veremos en los estudios de caso, la concepción cultural psiquiátrica de un conjunto de signos y síntomas denominados *esquizofrenia*.[90]

A este tenor, tal y como señalan Sumathipala, Siribaddana y Bhugra (2004), los patrones de diagnóstico psiquiátrico no son solo etnocéntricos, también son androcéntricos y, añado, están basados en una concepción indiferenciada de la variabilidad no solo en términos del pluralismo de cosmovisiones respecto al cuerpo o la enfermedad, sino también de su concepción dominantemente biologicista del proceso s-e-a/p. En este caso, por ejemplo, el desconocimiento del médico de una aproximación etnopsicofarmacológica en lo relativo a los grupos de origen de los pacientes puede llevar a una medicación errónea, dada la diversidad de reacciones de los cuerpos a una misma dosis y tipo de psicofármacos (ver Lin, Anderson y Poland, 1995). En este sentido, deben tenerse en cuenta aspectos exclusivamente culturales, por una parte, los propios del psiquiatra, como los posibles sesgos al diagnosticar o asignar un tratamiento en concreto a un grupo cultural determinado, y, por otra parte, los propios de los referentes culturales del paciente, como la influencia del efecto placebo, la confianza en el tratamiento, la adherencia a este o la posible interferencia con elementos de la dieta o productos empleados por sanadores tradicionales a los que, de forma paralela, pueda estar acudiendo. A su vez hay, que tener en cuenta ciertos factores genéticos que varían en función de la distribución geográfica y la pertenencia a un grupo étnico u otro (ver Collazos y Qureshi, 2010).

Siguiendo a Byron Good y Marie Jo Delvecchio Good (1994), consideramos la enfermedad como un fenómeno significante y la actividad médica como interpretativa. El médico interpreta los síntomas del paciente y los adapta a las categorías del saber médico fundadas. El enfermo, por su parte, posee su propio punto de vista concerniente a su estado y se forja

90 Cabe recordar aquí el interesante análisis de las tecnologías, praxis y narrativas culturales que dieron lugar al síndrome de estrés postraumático, a través de su ahistoricización y universalización, realizado por Allan Young (1997).

un modelo explicativo. Este puede ser en parte individual, pero también puede estar arraigado en la cultura. El modelo explicativo del usuario lego puede no tener nada que ver con el modelo explicativo biomédico: el primero puede poseer múltiples significados, no ser permanente y combinar las experiencias pasadas con ideas (en ocasiones en una suerte de contraste empírico),[91] mientras que el segundo se basa siempre en la ciencia (al menos esa es la opinión general) y se contrasta continuamente con nuevas evidencias (Helman, 1984) de premisas inscritas en paradigmas corporativos de poder o saber. Sin embargo, como veremos a lo largo del libro (específicamente en el análisis de la praxis etnopsiquiátrica en Brugmann) un análisis en profundidad puede encontrar más semejanzas que diferencias entre ciertos modelos explicativos del proceso s-e-a/p considerados como profanos o científicos, por ejemplo en lo relativo a la distinción entre ciencia/creencia, racionalidad/pensamiento mágico u objetividad/subjetividad.

A este respecto, cabe mencionar que los modelos explicativos profanos y médicos toman elementos el uno del otro, ya que son dinámicos e interactúan en el marco de estructuras y referentes socioculturales globales, locales, científicamente fundados y subjetivos (ver, por ejemplo, Helman, 1978, o Herzlich, 1994). Como analizaremos en las praxis y modelos interculturales objeto de estudio, la consideración clínica de la transferencia y contratransferencia cultural (Devereux, 1980) como un elemento que interviene en el proceso de diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente juega un papel fundamental en el encuentro terapéutico (ver Muñoz, 2013*a*). De esta manera, el modelo explicativo no solo abarca la enfermedad, sino también la concepción, socioculturalmente variable, de la salud (ver Pierret, 1994); la atención y su búsqueda, lo cual concierne a los diversos modelos de atención (Menéndez, 1984), o la pluralidad de

91 El «darse cuenta» subjetivo de la experiencia de estar enfermo se lleva a cabo en un marco sociocultural específico, al mismo tiempo debe existir un acuerdo entre las percepciones del sujeto y las percepciones y definiciones de aquellos que se encuentran alrededor de él. Consecuentemente, está socioculturalmente definido qué señales o síntomas serán considerados normales y cuáles anormales. A su vez, la definición social ayuda a dar sentido a las sensaciones físicas y emocionales difusas introduciéndolas en patrones, los cuales son reconocibles para la persona que se siente enferma y para aquellos que lo rodean. Por tanto, el llegar a estar enfermo es un proceso sociocultural; implica una rotulación sociocultural y es desde esta que se produce la definición del estado de la persona, y se permite el comportamiento como un individuo enfermo (*sickness*) (Di Silvestre, 1998).

estrategias y recursos, además de la medicina alopática, de la asistencia en salud (el llamado pluralismo asistencial o médico; ver Leslie, 1975, y Perdiguero, 2006).

Como veremos en los estudios de caso, el modelo explicativo del médico compete no solo al corpus teórico-metodológico de una disciplina determinada (como la psiquiatría), sino al conjunto de elementos que configuran, legitiman, reproducen y, con ciertos usuarios, hacen inviable la praxis clínica; este es el caso de la configuración del espacio y la concepción diádica y privada de la consulta. También afecta a los valores subyacentes al proceso de atención y a la definición sociocultural de la terapéutica, que puede enfatizar, en una concepción de autonomía y desarrollo del paciente, una representación específica del ego o, en contra de esta, fomentar la dependencia o la culpabilidad como detonantes del proceso curativo (ver, para el caso del *naikan* en Japón, Murase, 1976; o para el concepto de *amaeru*, en este contexto, Doi, 1986).

Según Byron Good y Delvecchio Good (1994), los médicos son conscientes de la variedad en la percepción y expresión de los síntomas según las culturas, pero ellos consideran que esta diferencia es superficial. Los individuos perciben y traducen diferentemente una realidad que es siempre la misma y que la medicina occidental, consideran ellos, analiza objetivamente. En ocasiones, según he podido observar en mi investigación, lo cultural, más allá de lo propiamente idiomático, es percibido por los médicos como un posible ítem perturbador que dificulta resoluciones que se encuentran en otra parte (ver Muñoz, 2013*a*), además desde su concepción universalista, un prejuicio valorativo que convendría evitar frente a una (supuesta) igualdad de trato.

Para Byron Good y Delvecchio Good (1994) el modelo explicativo del enfermo no es solamente una traducción, consideran que la significación de la enfermedad forma parte de la realidad misma y la modula. Esto acontece también cuando el paciente y el médico tienen la misma trayectoria sociocultural, lo cual dimensiona otros procesos, a los que se les puede yuxtaponer el componente cultural, como por ejemplo la concepción de la consulta como un encuentro asimétrico en el que el médico dictamina y el paciente obedece, y no como un diálogo negociado entre partes iguales. La cultura articulada a la procedencia social (la cercanía con la del médico no elimina la asimetría del encuentro, pero sí influye en el tipo de encuentro clínico y sus consecuencias) se concibe aquí mediante un carácter evolucionista y de pasaje; esto es, de la cultura especulativa de

creencias del paciente a la letrada y científica del médico. A su vez, cabe destacar el papel que juegan, en el ámbito sanitario, ciertos usos actuales de la cultura y lo cultural como un modelo específico externo y que obvia (en la mayoría de los casos) el propio carácter cultural de la biomedicina.

El peligro de un exceso o una mala gestión de esta dimensión es tender a la creación de una propia *cultura biomédica de lo cultural* en la que se insertan retóricas particulares, significaciones, objetos simbólicos propios y una serie de prácticas y representaciones específicas —como es el caso del manejo de un concepto de cultura basado en estereotipos, elementos exóticos o tradicionales, con excesiva importancia de los componentes religiosos (Menaca, 2004, Van Dick 1998)— construida desde una perspectiva puramente estática, ahistórica y poco permeable al cambio social (MARIANO, 2008: 305). Esto aplica también, de forma separada o articulada cuando coincide con los procesos anteriormente descritos, a elementos subculturales como por ejemplo las profesiones o las adscripciones a colectivos o comunidades de diverso tipo del paciente; con lo que pueden producirse, como he podido observar en mi trabajo de campo, generalizaciones erróneas basadas en un estereotipo forjado por la distancia social o cultural desde la que el clínico observa.

En una relación dominada por un saber autoritario (Jordan, 1993), legitimidades desiguales y una fuerte carga emocional para el paciente (como la implícita en el proceso terapéutico), los desajustes interpretativos y la disensión explicativa pueden dar lugar a conflictos, recelos o insatisfacción. Estos elementos son susceptibles de incidir negativamente en el derecho a la atención médica adecuada del paciente por medio de mecanismos como la generación de prejuicios relativos a su origen sociocultural y su influencia en la forma de proveer la información sobre el diagnóstico, el curso de la enfermedad y el tratamiento (ver Muñoz, 2014*a*), incidiendo todo ello en el proceso curativo (ver Skrabanek y McCormick, 1992). Por otra parte, la presencia de barreras lingüísticas y culturales hace que muchos terapeutas rechacen a los usuarios no occidentales. Lo mismo les sucede a los médicos que intuyen problemas subyacentes a las quejas somáticas: tienen dificultades a menudo para derivar a sus pacientes a otros (no saben a quién). Esto da como resultado la cronificación de las quejas del paciente a su médico generalista. Los pacientes desarrollan un sentimiento de desconfianza hacia estos generalistas «que no pueden hacer nada», y los generalistas desarrollan por su parte un sentimiento de impotencia al cual se resignan, o bien lo proyectan sobre sus pacientes

(Leman y Gailly, 1991). Esto sucede también, como veremos posteriormente, en el caso de especialistas como los psiquiatras.

Si bien la violencia ejercida a través de la desigualdad de estatus y de poder entre médico y paciente (una violencia en forma de concepciones etnocéntricas y racistas) puede provenir del desencuentro generado por la presión adaptativa en una situación de multiculturalidad significativa, no hay que olvidar que la relación social médico-paciente y la subjetividad del médico se configuran desde su formación (ver Good, 1994, o Konner, 1987). En contraposición al reduccionismo que supone centrarse únicamente en los modelos explicativos, así como en la perspectiva basada en el conflicto cultural que atribuye al encuentro terapéutico un carácter democrático, considero importante apuntar lo que menciona Taussig (1980) sobre la *dificultad de negociación*, por parte del paciente, en los modelos de enfermedad o de atención del médico. Esto se debe a la situación, instituida, de desigualdad de poder y a la reificación de la experiencia subjetiva del padecimiento (*illness*) en categorías pertenecientes a la nosología biomédica, como la enfermedad (*disease*).

En cuanto a la producción o la gestión de alteridades, entendidas bajo el concepto de cultura en la salud mental, se han documentado diversos casos en los que se aborda el proceso de diagnóstico y de tratamiento del paciente a partir de concepciones ideológicas evolucionistas de eco colonial (ver Pussetti, 2010) y racista. Un ejemplo de esta consideración son las afirmaciones de Cheng (2001), en un afán de universalizar las categorías etiológicas y nosológicas de la psiquiatría y apelar al asimilacionismo, acerca de las personas de sociedades «menos desarrolladas» (que la inglesa), las cuales tienen vulnerabilidad personal, menos inteligencia y menos conocimiento de los trastornos mentales. A lo largo del libro, desarrollaremos y discutiremos otros ejemplos.

En este sentido, es pertinente mencionar conceptos como el racismo institucional(ver Carmichael y Hamilton, 1967, o Sibony, 1993) y *apartheid médico* (Scheper-Hughes, 2002). El racismo institucional es una forma de violencia institucional que opera junto a la violencia estructural (ver Galtung, 1996, y Farmer, 2003) y que impide, por medios no siempre explícitos ni visibles, la satisfacción de las necesidades básicas de las personas, como la atención médica. En este caso, los conceptos de racismo institucional y apartheid médico enfatizan la discriminación y segregación sistémica de la población socioculturalmente diversa de aquella para la que está dirigida la institución de salud. Esta población, a su vez, es

utilizada para justificar las fallas sistémicas de la prevención/atención en salud, y sus discriminaciones, apelando a la cultura y a los modos de vida del paciente, ocultando procesos sociales[92] como la violencia institucional. Algunos autores que han denunciado esta problemática en el campo de la psiquiatría son Fernando (1988); Littlewood (1992); Bebbington, Feeney, Flannigang *et alii.* (1994), o Moodley y Palmer (2006).

En el plano estructural, considero que la violencia institucional, asimilacionista y reificadora de la experiencia del padecimiento no es accidental, sino intrínseca al funcionamiento cultural y organizativo del dispositivo de atención médica y a su carácter ideológico. No obstante, como se muestra en esta investigación, a partir del punto de vista y de la práctica del actor, si no se puede erradicar toda forma de violencia en el contexto de dominación cultural del esquema biomédico hegemónico y de los procesos de institucionalización terapéutica estatista o privada, se puede confrontar y transformar, en términos de inclusión, eficacia terapéutica, pertinencia estructural y cultural y coproducción de saberes en torno al proceso s-e-a/p (como veremos en el modelo occidental adaptado y en el modelo etnopsiquiátrico). Asimismo, se pueden generar procesos comunitarios interculturales de acompañamiento del padecimiento desde una posición contrahegemónica al poder disciplinario biomédico de la psiquiatría que no excluya la autoorganización de los conjuntos sociales, el pluralismo asistencial y las institucionalizaciones organizativas en campos sociales diversos; como veremos en el modelo antipsiquiátrico intercultural.

92 El trabajo de mediación intercultural con la población china en Madrid desarrollado por el SEMSI, desaparecido por la falta de inversión pública, es un interesante ejemplo de ello (ver MUÑOZ, 2013). El éxito de dicha labor, al facilitar el acceso y disfrute a la atención médica institucional informando de los derechos y acompañando a la población china en la demanda del servicio de salud, desmonta argumentos justificativos sobre la explicación de la ausencia de población china en los hospitales y clínicas públicas, que atribuían este fenómeno a la inexorable separación entre los modelos terapéuticos chinos y el biomédico occidental para tratar de «explicar» la ausencia de pacientes de origen chino en los centros de salud.

PARTE III. ESTRATEGIAS DE INCLUSIÓN EN EL MEDIO ASOCIATIVO E INSTITUCIONAL PÚBLICO

Con diferentes temporalidades, presencias y omisiones, en el medio asociativo e institucional de España y Bélgica se han ido desarrollando prácticas y (en Bélgica, concretamente) políticas públicas cuyo objetivo ha sido luchar contra algunas de las barreras mencionadas en el acceso a la atención médica, así como el disfrute de esta, de las personas de origen extranjero.

Mientras en España estas prácticas comienzan a ver la luz en la actualidad, o bien se desarrollan desde hace escasos años, en Bélgica algunas de ellas llevan varias décadas implementándose. De los tipos de medidas más características que en ambos países se han llevado a cabo en el medio institucional público y asociativo, se pueden destacar principalmente dos conjuntos específicos: uno para población con trayectorias socioculturales diversas y otro, general, para población excluida de la atención médica. En el primer grupo están las medidas de carácter formativo y de mediación lingüística/cultural, así como la adaptación de las prácticas terapéuticas en salud mental a la diversidad sociocultural. En el segundo, puesto que la exclusión de la atención médica de derecho común incide a su vez en otros tipos de poblaciones, se han aplicado también medidas de tipo legislativo, como la AMU en Bélgica, así como articulaciones con asociaciones civiles prestadoras de servicios médicos que han tratado de ampliar la universalización del acceso a franjas de la población excluidas, incluyendo de manera más o menos central a las personas de origen extranjero. A continuación, veremos en qué consisten.

1. La respuesta del medio asociativo

Frente a una situación de desigualdad en el disfrute del sistema de salud y en respuesta a las demandas de atención médica no amparadas por el Estado en Bélgica y España, diversas asociaciones se han movilizado para proveer servicios (en salud mental, entre otros) a las poblaciones excluidas. En España, desde el ámbito asociativo, es el caso de la ayuda psicosocial del Comité de Defensa de los Refugiados, Asilados e Inmigrantes en el Estado Español (COMRADE) en Madrid;[93] del Programa de Atención a Personas Inmigrantes en Riesgo de Exclusión social (PAIRE) de la Fundación RAIS, dirigido a población migrante en general; de Karibu, una iniciativa específicamente orientada a la población de origen africano, o de Médicos del Mundo en diversas comunidades autónomas.

En Bélgica existen diversas asociaciones que prestan asistencia médica a personas excluidas de los cuidados institucionales, algunas de ellas son Santé Mentale et Exclusion Social (SMES), destinada específicamente a personas en situación de calle (ver Muñoz, 2010); Médicos del Mundo, o Médicos sin Fronteras. Esta última inició sus actividades en Bélgica en 1992, su primera iniciativa fue recorrer las calles de Bruselas con unidades móviles con el fin de permitir que los sin techo tuvieran acceso a los cuidados de salud (Médecins Sans Frontières, 2008). Progresivamente ha pasado a proporcionar consultas gratuitas médico-sociales en el centro de la ciudad, después se han ido abriendo otros proyectos en ciudades como Amberes o Lieja.

Hasta 2008,[94] esta organización contó con varias consultas en distintas ciudades de Bélgica que proporcionaban atención psicológica a personas en situaciones de exclusión social; entre ellas, los sin papeles que, por la situación extrema de violencia estructural y discriminación jurídico-administrativa que sufren, viven inmersos en procesos de vulnerabilidad y desafiliación social (en términos de Castel, 1995). Este servicio específico se prestó

93 Y su Servicio de Traductores e Intérpretes (SETI), con intérpretes en más de 30 lenguas, que presta sus servicios en diversos ámbitos como por ejemplo el institucional público de atención médica.

94 En el transcurso del año 2008, Médicos Sin Fronteras cerró sus misiones en Bélgica, por falta de presupuesto. Otras asociaciones como Médicos del Mundo continúan realizando, hasta la fecha, este trabajo.

a través de la Ayuda Médica Urgente (en el circuito de cuidados de derecho común) hasta mediados del 2006, debido a la ausencia de cobertura.

Por su legitimidad adquirida gracias a su experiencia sobre el terreno y su presencia mediática, estas asociaciones se esfuerzan para que los poderes públicos tomen en cuenta esta realidad y aporten soluciones. Además de su trabajo de asistencia médica, algunas de estas asociaciones están vinculadas al proceso de reflexión y de elaboración de políticas públicas de lucha contra la exclusión. En el caso concreto de Médicos Sin Fronteras esto llevó a la creación de la mencionada Ayuda Médica Urgente, en Bélgica.

1.1 Especializaciones en la otredad en el ámbito de la salud mental

Fruto de la falta de adecuación de los dispositivos de asistencia médica, como es el caso del psiquiátrico y el psicosocial, han ido apareciendo en Bélgica y España diversas asociaciones de la sociedad civil que tratan de dar respuesta a este problema. En Bélgica, esto ha ocurrido durante las últimas dos décadas, mientras que en España su aparición se remonta a principios del año 2000. Una de estas asociaciones es L'autre «lieu», en Bruselas, que se enmarca en el modelo antipsiquiátrico intercultural desde una perspectiva contradisciplinaria. Asimismo, es el caso de las asociaciones que generan dispositivos interdisciplinarios específicos concebidos para la atención de problemas relativos a la cuestión migratoria, como son aquellas praxis (existentes en el ámbito asociativo y hospitalario de Bélgica) que parten del vector común de la corriente etnopsiquiátrica desarrollada por Tobie Nathan y pertenecen al modelo etnopsiquiátrico. Lo mismo sucede con las aproximaciones clínicas que, adaptando las praxis hegemónicas psicoterapéuticas en ambos países, aplican herramientas y recursos interculturales para la atención sanitaria (a partir del aquí denominado modelo occidental adaptado en la diversidad cultural) basados en mediaciones lingüístico-culturales o adecuaciones teórico-metodológicas de corte transdisciplinario.

Podemos identificar tres tipos de corrientes terapéuticas destinadas a personas de origen extranjero en función del enfoque teórico-metodológico de las praxis existentes en la actualidad: a) las clínicas del exilio destinadas a víctimas de la violencia organizada; b) los duelos migratorios

o el mal de Ulises, y c) la intersección de la psiquiatría y la antropología en la clínica transcultural. A continuación, explicaré, de manera sucinta, una praxis correspondiente a cada corriente.

Las clínicas del exilio

Las clínicas del exilio están representadas por una organización no gubernamental llamada EXIL presente en Bruselas y Barcelona.[95] EXIL enfoca su trabajo en la intervención médica, mental y social en exiliados políticos que han sufrido procesos traumáticos como la represión y la tortura en sus países de origen. Desde hace varios años, ha comenzado a proveer de asistencia a otros perfiles de población como a las mujeres víctimas de violencia de género y a los niños que han sufrido este tipo de violencia, malos tratos o abusos sexuales. Esta asociación nació en Bruselas gracias a la puesta en práctica de mecanismos de solidaridad y del trabajo comunitario (crear vínculos, reconstruir el tejido sociofamiliar, etc.) que llevó a cabo, a mediados de 1970, el colectivo de refugiados de América Latina COLAT.

Este colectivo estaba formado, en su mayor parte, por profesionales del área de la salud que venían de las dictaduras chilena y argentina. Progresivamente, el número de refugiados de América Latina fue disminuyendo y aumentó el procedente de África. En 1987 decidieron cambiar el nombre de la asociación a EXIL, debido a la necesidad de responder a demandas inmediatas de estos nuevos colectivos y a que los orígenes culturales de los pacientes eran más heterogéneos. La asociación fue reconocida ese año como un centro de salud mental y médico (RAPPORT EXIL, 2005). Actualmente, está formada por dieciséis terapeutas que trabajan en cuatro áreas y programas diferentes: niño/familia, adolescente, hombre, mujer. En cada programa cuentan con un médico, un asistente social y un psicólogo fijos. Asimismo, en la asociación también trabajan una enfermera, tres psiquiatras, dos animadores socioculturales, un terapeuta psicomotriz y una fasciaterapeuta que dan apoyo a alguno de los programas.

Su aproximación terapéutica es sistémica y engloba diferentes corrientes que van desde el conductismo al psicoanálisis. Algunas de sus particularidades son su enfoque emocional y el uso de terapias grupales para

95 Para un análisis más detallado de ambos centros ver Muñoz (2010). Esta aproximación se encuentra presente en otras ONG, en Bruselas, como Ulysse SSm.

tratar de restablecer los vínculos afectivos de sus pacientes. Los pacientes pueden ser tanto una familia como una persona sola. Un elemento importante, en el caso de las personas que han sido víctimas de la violencia organizada, es que los terapeutas tienen trayectorias análogas, por lo que pueden operar como pares en la terapéutica.[96] A su vez, la asociación propone un tratamiento intercultural a través de la interpretación lingüística y cultural (la cual llevan a cabo intérpretes interculturales en diez lenguas[97] y acompañantes en las gestiones administrativas fuera del marco de la ONG) y de la interpelación de las barreras lingüísticas y de la dependencia del discurso en la terapéutica convencional. De este modo, mediante una fasciaterapeuta,[98] se trata el malestar y el lenguaje del cuerpo junto con la dolencia psíquica.

> En esta perspectiva, el marco terapéutico y social del sufrimiento de las familias emigrantes debe realizarse por medio de un acercamiento intercultural, con interlocutores que pertenezcan a equipos multidisciplinares y multiculturales y que aceptan desarrollar una función de mediación social y de facilitación del diálogo entre inmigrantes y habitantes del país de acogida. El territorio elegido para este tipo de intervención serán las zonas de integración social entre las familias inmigrantes y la capa social que les acoge como por ejemplo el centro médico o la escuela... (Barudy, 1992)

La clínica basada en los duelos migratorios o el mal de Ulises

El enfoque clínico basado en los duelos migratorios, también llamado mal de Ulises, llevado a cabo por Joseba Achotegui tiene su praxis inaugural en el Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y

96 Lo cual puede conllevar también ciertos problemas (ver Muñoz, 2010).

97 Ruso, rumano, armenio, búlgaro, serbio/croata, albanés, macedonio, eslovaco, turco y somalí. Para otras lenguas, la coordinadora de los intérpretes llama a colaboradores puntuales, en particular para el árabe clásico y del Magreb, el polaco, el persa y el georgiano.

98 Esta modalidad terapéutica ha sido introducida en 2005. La lleva a cabo una fisioterapeuta que se ocupa de los pacientes víctimas de torturas que presentan dolores somáticos, disfunción del sistema neurovegetativo, trastornos somatoformes y psicosomáticos, somatizaciones asociadas a los trastornos psicopatológicos, síndrome postraumático, etc. La *somatopsicopedagogía*, corriente de la que parte la *fasciaterapia*, tiende a considerar a la persona afectada en su totalidad mental y física y a dirigirse tanto a la dolencia psíquica como a la física. Su finalidad será la de liberar y estimular los tejidos corporales a los niveles de la motricidad y de la sensorialidad.

Refugiados (SAPPIR) del hospital Sant Pere Claver[99] de Barcelona desde 1994. Con un carácter gratuito, ofrece un servicio para todas aquellas personas que lo demanden. A ella se derivan los pacientes desde el circuito de atención normalizada pública, desde los servicios sociales y desde las asociaciones de migrantes, por lo que ocupa un espacio subsidiario entre el campo social público y el privado. El SAPPIR se puso en marcha por la asociación GASIR (Grupo de Asistencia a los Inmigrantes y Refugiados), la cual fue fundada en 1990 por un equipo interdisciplinar de médicos, psiquiatras, psicólogos y antropólogos con el objetivo de generar un vínculo entre las ciencias sociales y los profesionales sanitarios, y crear programas de atención específicos y gratuitos en salud mental con un enfoque que comprendiera la psicología transcultural.

El nacimiento de este dispositivo clínico está enmarcado en la decisión por parte de la Unión Europea de cerrar sus fronteras, así como en el fenómeno demográfico de la concentración de inmigrantes y en la mayor atención de los medios de comunicación a este fenómeno (Bernal, 2002). En un principio, el servicio nació como respuesta a la falta de cobertura de los servicios sanitarios públicos a los inmigrantes en situaciones de exclusión social. Esta realidad fue cambiando con la Ley 4/2000,[100] y la universalización del acceso sanitario de las personas en situación irregular, así como también cambió la situación de estas personas con el progresivo cierre de fronteras en la UE. El cierre de fronteras dio origen a un estado especial de extrema vulnerabilidad para una población de miles de personas. De dicho estado nació un dispositivo de prevención, inexistente en la red de asistencia pública, centrado en el llamado *síndrome del inmigrante con estrés múltiple y crónico*. En la actualidad, esta una de sus líneas de trabajo principales.

La composición del SAPPIR ha ido variando a lo largo de los años y de los programas. En el año 2009, los componentes eran dos psiquia-

99 La Fundación Sant Pere Claver, de Barcelona, es un hospital privado sin ánimo de lucro que cuenta con financiación pública. Se creó en el 1948 en los barrios de Poble-Sec y Sants, y presta servicio público en el área de la salud mental así como en otras especialidades como la alergología.

100 Hay que mencionar que antes de la implementación de la Ley 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, que universalizó el acceso a la cartilla sanitaria de los inmigrantes independientemente de su situación administrativa, los inmigrantes sin papeles eran atendidos por ONG y fundaciones como esta.

tras, una psicóloga y una persona con formación en sociología. A su vez, contaban con un mediador intercultural asiduo de origen magrebí, al que acudían en los momentos de necesidad. El servicio está dirigido a inmigrantes extracomunitarios que sufren problemas derivados de la adaptación al nuevo entorno, independientemente de la situación legal en la que se encuentren. Se centra en la atención a los inmigrantes extracomunitarios debido a las dificultades de diverso tipo que atraviesa dicho colectivo. También atiende a los demandantes de asilo y a los refugiados.[101]

Uno de los motivos principales por los que se suelen derivar a estos pacientes al hospital Sant Pere es el síndrome del inmigrante con estrés múltiple y crónico, o síndrome de Ulises, si bien algunas personas de origen extranjero acuden con otros cuadros diagnósticos. Un tercio de los usuarios son magrebís; otro tercio, latinoamericanos (principalmente ecuatorianos), y el resto son, principalmente, paquistanís y, en menor medida, africanos subsaharianos u otras procedencias (ver Muñoz, 2010).

El enfoque principal del equipo es el psicosocial[102] y, a pesar de mantener la estructura diádica clásica de la consulta, consideran relevante la aproximación intercultural y pluridisciplinar. Por ello, incluyen a antropólogos y sociólogos para incorporar una perspectiva sociocultural en la investigación y práctica terapéutica (ver Muñoz, 2010). Uno de los ejes principales del marco de su intervención es un planteamiento psicodinámico referido al proceso migratorio que presta especial atención al concepto de *estrés en el duelo migratorio* (Entrevista personal a Joseba Achotegui, director SAPPIR, 2009).

El concepto de *estrés* puede ser definido como «una relación particular entre la persona y su entorno valorada por la persona como una situación que la sobrepasa y pone en peligro su bienestar» (Lazarus, 2000, en Achotegui, 2006). Duelo se refiere al «proceso de reorganización de la personalidad que tiene lugar cuando se pierde algo significativo para el sujeto» (Lazarus, 2000, en Achotegui, 2006). Se podría establecer una

101 GASIR firmó un convenio en 1998 con Cruz Roja Barcelona en el cual el SAPPIR proporciona atención psicopatológica y psicosocial a los refugiados y demandantes de asilo en Cataluña.

102 El tratamiento psicoterapéutico trata de aliviar los síntomas superficiales, proporcionar medicamentos para, por ejemplo, la ansiedad y desarrollar una terapia psicodinámica con el objetivo de reorganizar la vida social y relacional de la persona en el país de recepción (Bernal, 2002).

correlación entre los dos conceptos señalando que «el duelo es un estrés prolongado e intenso» (Lazarus, 2000, en Achotegui, 2006).

> Yo lo describí en el año 2002 porque a partir del 2000 más o menos empezó a cambiar la problemática que se veía aquí en los inmigrantes. Es decir, nosotros trabajamos desde los años 80 en migración y salud mental, y ha habido distintos momentos, distintos contextos, y en el año 2000 más o menos se produce una situación en la que se empiezan a poner pegas importantes en las regularizaciones y los inmigrantes empiezan a percibir que las fronteras se cierran, que no tienen salida, entonces esto les empieza alterar, cosa que antes no pasaba porque yo recuerdo en los años 90 haber hablado aquí con inmigrantes sobre el tema de los papeles y decirte, «es que no tengo tiempo de ir, ya lo haré... a mí bah, pues esto...» o sea no era un problemática. Pero a partir del 2000 se convierte en un problema, empiezan a restringir toda la entrega de documentos y entonces nos empezamos a encontrar con emigrantes que ya no pueden volver, que ya no pueden traer a sus familias, que empiezan a ser expulsados, que tienen problemas para tener papeles y por tanto para tener trabajos en condiciones, y es de aquí de donde sale la idea del *Síndrome de Ulises*, como el *Síndrome del Inmigrante con Estrés Crónico Múltiple*, una situación que no controlan, que les empieza a afectar y que da lugar a unos síntomas que no son los de una enfermedad mental, sino los de un cuadro reactivo de estrés. (Entrevista personal a Joseba Achotegui, 2009)

El síndrome de Ulises se caracteriza, por un lado, porque la persona padece unos determinados estresores o duelos y, por otro, porque aparece un amplio conjunto de síntomas psíquicos y somáticos focalizados en el área depresiva (tristeza, llanto, culpa e ideas de muerte), el área de la ansiedad (tensión, nerviosismo, preocupaciones intrusivas y recurrentes, cefalea, fatiga, etc.) y el área confusional (fallos de la memoria o de la atención, y desorientación espacial o temporal) (Achotegui, 2006). Es importante destacar que dicho síndrome ocupa el área de la prevención sanitaria y psicosocial más que el área del tratamiento. De este modo, la intervención pretende evitar que las personas que padecen este cuadro acaben empeorando y lleguen a padecer un trastorno mental estándar.

Según Achotegui (2000: 87), existen siete duelos en la migración: 1) la familia y los seres queridos, sobre todo si se dan separaciones forzadas de hijos pequeños; 2) la lengua; 3) la cultura (costumbres, valores, etc.); 4) la tierra (paisajes, colores, luminosidad, olores, temperatura, etc.); 5) el estatus social (acceso a oportunidades, papeles, trabajo, vivienda, sanidad, etc.); 6) el contacto con el grupo de pertenencia (prejuicios, xenofobia,

racismo, etc.), y 7) los riesgos para la integridad física (el viaje migratorio, los accidentes laborales, la persecución, la indefensión, etc.).

Estos duelos se dan, en mayor o menor grado, en todos los procesos migratorios; pero no es lo mismo vivirlos en buenas condiciones que en situaciones extremas. En este sentido, hay que diferenciar, según la dificultad en la elaboración del duelo y su potencialidad psicopatógena, tres tipos de duelos: 1) el duelo simple: es aquel que se da en buenas condiciones y puede llevarse a cabo; 2) el duelo complicado: cuando existen serias dificultades para su superación, y 3) el duelo extremo: es tan problemático que no es realizable, dado que supera las capacidades de adaptación del sujeto (este es el duelo propio del síndrome de Ulises) (Achotegui, 2000).

Con respecto a la delimitación de los estresores, según su relación con la salud mental, cabe señalar que el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple se define por: *a)* la soledad, la separación forzada de la familia y de los seres queridos; *b)* duelo por el fracaso del proyecto migratorio; *c)* la lucha por la supervivencia y, *d)* el miedo (Achotegui, 2006).

> Consideramos que estos inmigrantes viven una de las peores pesadillas imaginables: estar solo, en peligro, sin recursos, sin ver salida a la situación, encontrarse mal, pedir ayuda y que no entiendan ni sepan ayudarte. Seguro que hay pesadillas peores, pero nos falta imaginación para describirlas. En nuestro trabajo en salud mental con población inmigrante desde 1980 no habíamos visto nunca las situaciones de estrés límite que hemos visto en los últimos 5 años. (Achotegui, 2006: 69)

Con respecto a la plantilla teórica de la metodología utilizada en la práctica clínica, cabe señalar que el equipo se centra en el enfoque psicosocial, con un predominio de las aproximaciones cognitivista, psicodinámica y psicofarmacológica y, como se mencionó, se considera relevante la perspectiva intercultural y pluridisciplinar. La metodología no está basada en manuales de práctica clínica, como por ejemplo la arquitectura axial del *DSM-IV*, sino que posee unas escalas y modelos propios que se centran en la identificación y tratamiento del síndrome de Ulises.

En lo que concierne a los elementos interculturales de la terapéutica articulados a aspectos psicosociales y políticos del contexto de vida del usuario, se presta una especial atención a la mediación entre los diversos modelos explicativos del proceso s-e-a/p; así como a la incidencia de la posición cultural del terapeuta en el encuentro clínico, a través de diversas estrategias que van desde la consideración de las competencias culturales

hasta el uso de la figura del mediador intercultural. Un ejemplo de esta mediación es la facilitación del recurso al pluralismo asistencial, a través de terapeutas tradicionales, cuando el usuario así lo requiere (entrevista personal a Joseba Achotegui, 2009).

Por último, cabe mencionar la puesta en marcha de la *arteterapia* con el objetivo de tomar el relevo de la dependencia en la comunicación verbal para aspectos de la socialización del usuario, el manejo del duelo múltiple migratorio y la recopilación de información clínica a través del modelo teórico basado en la psicoterapia de Klein (1955) y el espacio potencial de Winnicott (1971).[103]

La intersección de la psiquiatría y la antropología en la clínica transcultural

Las praxis que forman parte de esta aproximación son las que implementan el método etnográfico en el desarrollo de los casos clínicos. Cuando dicha implementación se lleva a cabo por un solo profesional (psicólogo o psiquiatra), se trata de una perspectiva transdisciplinaria. Si, en cambio, el trabajo lo hace un grupo de profesionales de disciplinas diversas, con una presencia destacada de la antropología y la psiquiatría, hablamos de una perspectiva multidisciplinaria. El caso de la perspectiva transdisciplinaria es el que desarrollaremos posteriormente con la formulación cultural de casos psiquiátricos (FCCP) en el hospital Puerta de Hierro. El caso de la perspectiva multidisciplinaria corresponde al trabajo llevado a cabo en el centro de salud mental de Laeken.[104]

El centro de Laeken se centra en la antropología médica y está vinculado a profesionales e instituciones diversas (como las del sector público). Su trabajo en salud mental se especializa en la población migrante y se divide en dos apartados. Por un lado, hay psicólogos/antropólogos que conocen la lengua y las culturas de los usuarios (y en muchos casos son alóc-

103 Winnicott habla de la importancia del espacio potencial de creación artística, que une el mundo interior con el mundo o realidad exterior. Dicho espacio, como veremos en la praxis etnopsiquiátrica en Brugmann, será importante para la experiencia cultural de la persona inmigrante que se encuentra con las defensas mermadas en un entorno que le ofrece pocas posibilidades de confianza en la cultura de destino (Bernal, 2002).

104 Su aproximación es similar a la que encontramos en el Centre Francoise Minkowska de París (Leman y Gailly, 1991).

tonos) y atienden la consultas de psicología. En este sentido, ni la lengua, ni la verbalización ocasionan problemas en la relación entre el terapeuta y el paciente (Leman y Gailly, 1991). Por otro lado, dispone de un grupo multidisciplinar que se reúne periódicamente con el objetivo de discutir métodos y casos atendidos desde una perspectiva etnográfica, algunos de los cuales están publicados en Leman y Gailly (1991).

El modelo de funcionamiento de la consulta de psicología es claramente occidental en la medida en que un terapeuta (a veces dos) recibe a los pacientes en el contexto de una oficina clásica de consulta y una configuración dual. Las teorías y conceptos utilizados por los profesionales son occidentales, incluso aunque se manejen discursos tradicionales (por ejemplo: posesión, brujería, etc.) y se derive a profesionales del mundo de la curación, o relacionados con él (como por ejemplo los *foqaha*) en Bélgica o en el país de origen del paciente. Las teorías que se siguen son sistémicas, conductistas o de inspiración psicoanalítica. Su tasa de fracaso es mucho menor que la de los centros donde intervienen las barreras lingüísticas (Leman y Gailly, 1991). Cabe recordar que, si bien se presta atención a las barreras de tipo lingüístico y a ciertos aspectos culturales, también intervienen otros factores en la eficacia terapéutica:

> Creo que la definición que tenemos de cultura es muy importante. En mi opinión, la definición que tenemos determina la forma de hacer terapia, así que hay que ser muy conscientes de lo que consideramos cultura [...]. El problema es que, si queremos hospitalizar a alguien, siempre está presente la barrera lingüística, lo cual influye a menudo. y ¿qué quiere decir el aspecto lingüístico ?...yo me acuerdo al principio cuando yo empecé en los años 80 siempre era el aspecto lingüístico al que se remitían los profesionales para decir , no podemos curarle , y es verdad que en esa época no había interpretes... así que la primera cosa que pensé es que si el aspecto lingüístico es tan importante hace falta un servicio de interpretación, y así el problema resuelto no se puede decir que es el aspecto lingüístico cuando hay intérpretes, pero decían que hacer una terapia con interpretes no es factible, así que hay siempre un mecanismo de defensa detrás (para justificar el fracaso terapéutico y el modelo de consulta dominante)... (Entrevista personal a Antoine Gailly, investigador y terapeuta en la clínica de salud mental Laeken, 2008)

El trabajo etnográfico de los casos clínicos se realiza y documenta siguiendo diversas perspectivas de análisis que combinan el marco psicosocial con el cultural. La imposibilidad de llevar a cabo una etnografía para cada caso y de tener un panorama multidimensional profundo a tiempo

real en la consulta, hace que el ejercicio grupal de discusión y análisis permita trazar líneas de actuación y documentar problemas y reflexiones que faciliten el tratamiento en futuras situaciones análogas.

Este tipo de aproximación, desde un enfoque transdisciplinario que vincula la antropología y la psicología/psiquiatría, así como sus alcances y limitaciones, se describirá y discutirá en profundidad en el caso que representa el modelo occidental adaptado en la diversidad cultural de la formulación cultural de casos psiquiátricos en el hospital Puerta de Hierro de Madrid. Veremos a continuación qué sucede en el ámbito institucional frente a la desigualdad en el acceso y en la adecuada atención en salud mental de las personas de origen extranjero en Bélgica y España.

2. Los actores del medio institucional público

En el medio institucional público, podemos diferenciar dos tipos de estrategias para mejorar la accesibilidad a los medios sanitarios de derecho común de las poblaciones más vulnerables, como es el caso de las personas en situación irregular. Por un lado, están las prácticas de inclusión y adecuación de la atención desempeñadas por profesionales de la salud que consisten en la comunitarización informal de los espacios sanitarios y en la aparición de prácticas terapéuticas adaptadas a los itinerarios socioculturales de los pacientes. Por otro lado, hay intervenciones integradoras como las medidas nacionales, regionales o locales implementadas en el ámbito institucional. Estas van desde la legislación para la inclusión de grupos privados del acceso a la atención médica hasta las estrategias facilitadoras de dicho acceso y de la relación terapéutica; un ejemplo de estas últimas es la mediación intercultural en el ámbito sanitario.

2.1 Prácticas de inclusión y adecuación de la atención en salud

La comunitarización informal de los espacios sanitarios

Con el fin de facilitar el acceso a los cuidados de salud de los grupos de población excluidos, algunos colectivos de profesionales desarrollan prácticas autónomas en hospitales. Esta iniciativa parte de una concepción garantista y universal del disfrute de los medios sanitarios. Este es el caso, por ejemplo, de ciertos hospitales en Bruselas como Sant Pierre que faci-

litan una atención de calidad, sin ningún tipo de requisito administrativo o exigencia económica, a aquellas personas que no dispongan de los recursos necesarios y se encuentren en situación irregular, por lo que no pueden beneficiarse de la ayuda de un centro público de asistencia social.

En España estas prácticas se han llevado a cabo en algunos hospitales (públicos y privados) como respuesta a la *Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones*, que deja en una situación comprometida a las personas migrantes en situación irregular (20minutos, 2012). En 2015, el giro en esta ley, con el objetivo de no saturar las urgencias —según el discurso oficial del ministro de Sanidad (EFE, 2015)—, permite el acceso de los inmigrantes sin papeles a la atención primaria, pero no el derecho a la tarjeta sanitaria y, por ende, el acceso a los especialistas.

Cabe mencionar que estas praxis de inclusión se dan en casos puntuales y la mayor parte de la veces se limitan a iniciativas individuales de profesionales sanitarios que encuentran escaso eco en su entorno de trabajo.

La emergencia de prácticas terapéuticas adaptadas en salud mental

Con el objetivo de mejorar la eficacia de las terapéuticas adaptándolas a los diversos contextos e itinerarios socioculturales de los pacientes, pero también de los profesionales de la salud, se han desarrollado algunas prácticas específicas, así como dispositivos o programas adecuados al ámbito institucional. Es el caso de la FCCP en el hospital Puerta de Hierro de Madrid y en el hospital Vall d'Hebron de Barcelona, o de la consulta de etnopsiquiatría del hospital Brugmann de Bruselas. Todas estas prácticas surgen, en el área institucional de la psiquiatría pública, de las iniciativas innovadoras de actores individuales.

Las dos aproximaciones, como veremos más adelante, tratan de adaptar la terapéutica basándose en metodologías y posicionamientos diversos. Los profesionales de la consulta etnopsiquiátrica en Brugmann, además de enfatizar en la coordinación de aproximaciones terapéuticas diversas y modelos explicativos del proceso s-e-a/p para una mayor eficacia terapéutica respecto a las praxis dominantes, cuestionan ciertos aspectos de la cultura organizativa del hospital público mediando entre modelos organizativos, modelos de atención, configuraciones espaciales y aspectos idiosincrásicos de la cultura biomédica occidental. La FCCP, en cambio, desarrolla el epígrafe relativo a la formulación cultural del manual *DSM*-

IV en el diagnóstico y tratamiento psiquiátrico; así pues, a través de una aproximación etnográfica, explora los itinerarios culturales de pacientes y terapeutas, así como su interacción en el encuentro clínico, para una mejora de la eficacia terapéutica.

2.2 Intervenciones estatales integradoras

En el área legislativa del acceso y la formación

Este grupo de intervenciones comprende la legislación de medidas como la Ayuda Médica Urgente en Bélgica, así como la incorporación, por medio de la Ley 4/2000 en España, del criterio de empadronamiento como requisito unificado para la obtención de la cartilla sanitaria de toda la población, con independencia de su situación jurídica o administrativa. También pertenece a este punto la mencionada adaptación de la Ley 16/2012 para que, tras perder ese derecho debido a esta ley, los migrantes en situación irregular puedan acceder nuevamente a la atención primaria en España.

En el plano formativo, abarca las estrategias de tipo formativo/integrador como la obligatoriedad en la región flamenca de Bélgica de acudir a cursos formativos sobre el funcionamiento de las instituciones belgas; entre otras, el sistema sanitario.[105] En este particular, su carácter coercitivo es evidente, puesto que la persona inmigrante está obligada, a su vez, a firmar un acuerdo de integración; si no lo cumple puede exponerse a sanciones como la reducción de las prestaciones sociales. Por otra parte, con respecto a los profesionales de la salud, hay iniciativas de promoción de la salud y de formación en competencias culturales que se desarrollan, con frecuencia, a través de la mediación intercultural sociosanitaria en España y Bélgica. Veremos a continuación en qué consiste.

La mediación intercultural en el ámbito sanitario

La mediación intercultural en el ámbito sanitario es la única praxis específica de carácter intercultural existente en ambos países que compendia propuestas como la interpretación, la formación en salud y competencias

105 En el caso de Flandes, el inmigrante está obligado a su vez a firmar un acuerdo de integración. Si no lo cumple, puede exponerse a sanciones como la reducción de las prestaciones sociales.

culturales o la sensibilización acerca de la diversidad cultural en contextos sanitarios. El objetivo de esta estrategia es promover el acceso igualitario al sistema de salud, así como su disfrute, por parte de las personas de origen extranjero. La mediación intercultural sociosanitaria a nivel institucional (en programas específicos de las administraciones públicas) se da principalmente en Bélgica.[106] En este contexto, opera, con una notable presencia en el ámbito hospitalario, en diversas áreas y programas de salud, incluida la salud mental (en el hospital Titeca de Bruselas). En España no existe una política de Estado que impulse la mediación intercultural, la mayoría de las iniciativas parten de asociaciones o de actores del ámbito institucional correceptores de financiación pública o privada. En el ámbito autonómico y regional existen colaboraciones desiguales en la implementación de proyectos de mediación intercultural sociosanitaria (para un análisis de estas praxis en ambos países, ver Muñoz, 2013*b*). Desafortunadamente, se ha asistido a un recorte progresivo en el presupuesto público de estos servicios en el país. Un ejemplo de las frágiles situaciones de financiación que se viven es la desaparición, en 2009, tras casi 15 años de existencia, del emblemático y pionero Servicio de Mediación Social Intercultural de Madrid (SEMSI) (ver Servicios Sociales de Madrid, 2002).

A continuación, hablaremos de la emergencia de las terapias interculturales en salud mental en el contexto de Bélgica y España, y desarrollaremos los tres modelos teórico-metodológicos en los que se inscriben. Finalizaremos con un estudio de caso correspondiente a cada modelo. Para el modelo occidental adaptado en la diversidad cultural, veremos la formulación cultural de casos psiquiátricos en el hospital Puerta de Hierro; para el modelo etnopsiquiátrico, la consulta etnopsiquiátrica del hospital Brugmann de Bruselas, y, para el modelo antipsiquiátrico intercultural, las casas peul de L'Autre «lieu».

106 Este es el caso del programa de mediación intercultural hospitalaria en Bélgica dirigido por Hans Verrept desde el Federal Public Service Health, Food Chain Safety and Enviroment.

PARTE IV. LOS ORÍGENES Y TIPOS DE PRAXIS INTERCULTURALES EN SALUD MENTAL EN BÉLGICA Y ESPAÑA

1. Universalismos biomédicos, descentramientos y eficacias terapéuticas

La presencia de personas migrantes extracomunitarias con orígenes culturales diversos en Europa ha llevado a los profesionales de la salud a ampliar las miras en el ámbito terapéutico. Uno de los motivos principales ha sido la falta de eficacia del modelo terapéutico dominante; esto ha sido así principalmente con las terapias pertenecientes al campo de la salud mental. Una explicación de ello es que en este ámbito se manifiestan en mayor medida las implicaciones que conciernen a los campos interpretativos y representacionales de los universos de origen o de destino del paciente y terapeuta. Esto, sin duda, sucede también en el área somática, pero no de una manera tan relevante como en el caso de la salud mental, al menos en cuanto al número de fracasos en una aproximación monocultural etnocéntrica.

> En la búsqueda de una atención sensible con las diferencias culturales, las teorías y métodos de asistencia occidentales han sido criticados desde la década de los sesenta por su insensibilidad a la diversidad cultural. Los métodos asistenciales han sido, históricamente, desarrollados para europeos de clase media y alta. Las diferencias en cuanto a los valores y normas de esta praxis se consideraban desviaciones o patologías en lugar de diferencias culturales. (Gailly, 2010)

La idea de que la asistencia tiene que adaptarse a las personas culturalmente diferentes se desarrolló, según Gailly, en tres fases. En una primera fase, el reconocimiento del racismo, la opresión racial y la discriminación como experiencias psicológicamente significativas (desde el punto de vista intrapsíquico) dio lugar a los primeros esfuerzos para desarrollar una sensibilidad cultural en la atención sanitaria. Es este sentido, la concepción del choque cultural (tras la emigración) o de la suposición de una segunda identidad cultural como incapacitantes a la hora de adaptarse a la

sociedad dominante desempeñaron un papel relevante. De esta forma, el fracaso de la asistencia sanitaria occidental remitía al paciente y a su cultura, puesto que esta estaba compuesta por elementos problemáticos negativizantes como la falta de recursos o habilidades sociales y personales necesarias para una psicoterapia. En una segunda fase el fracaso asistencial con las personas culturalmente diferentes se achacó a un fallo del profesional. En este caso el profesional carecía de la suficiente conciencia de sus sensibilidades culturales, de su racismo y sus prejuicios. Se cuestionaba a su vez los valores y normas que la formación sanitaria proporciona y que pueden no coincidir o ser opuestos a los de los pacientes culturalmente diferentes. Finalmente, la tercera fase corresponde con la actualidad. En ella, el paciente y el profesional dejan de ser considerados como la causa del fracaso de la asistencia culturalmente sensible y se mejoran la eficacia de la psicoterapia y la orientación a causa de la adaptación de paradigmas y métodos a las expectativas y necesidades de las personas culturalmente diferentes (Gailly, 2010).

En la actualidad, cada vez más profesionales de la salud en Europa consideran que la asistencia sanitaria biomédica debe abordar las diferencias culturales o tiene que desarrollar modelos terapéuticos específicos para grupos y problemáticas socioculturales concretas. Sin embargo, este punto de vista no deja de ser polémico para aquellos que defienden una visión etnocentrista/asimilacionista o que critican la producción de alteridades por medio de la sobredeterminación cultural. Hay que recordar que, en Europa, en comparación con otros países como EE. UU., el estudio y la aplicación de lo cultural en la salud son relativamente novedosos. Esto se debe a que los Estados europeos han considerado que el carácter universal de sus sistemas de salud resuelve las problemáticas que puedan surgir en torno al acceso por parte de sus habitantes (ver Comelles, 2004).[107]

107 En otro texto el autor propone tres hipótesis sobre este fenómeno: «En Europa, la hegemonía del liberalismo radical —lo que se ha llamado el jacobinismo—, impidió cualquier atisbo de multiculturalismo y reforzó la hegemonía del fundamentalismo biológico en la explicación de fenómenos sociales y culturales y, por tanto, de la psicopatología [...]. [Esto] explicaría cómo, con alguna excepción, los dispositivos psiquiátricos europeos, han sido históricamente ajenos a la diversidad cultural y han reforzado la individualización de los casos. Mi segunda hipótesis tiene que ver con el centralismo de los modelos jacobinos —el estalinismo, el nazismo, el franquismo o el fascismo también lo fueron—, y su concepción de lo «local» como un obstáculo, o una forma de resistencia inaceptable a la implantación de criterios de igualación en la prestación de servicios. Mi tercera hipótesis es que la ideología

Como hemos visto, en la actualidad se han dado diversos cambios articulados a medidas formales a través de políticas públicas (como la formación en competencias culturales o la mediación intercultural) o de praxis e iniciativas individuales en el campo institucional o asociativo (como las terapéuticas interculturales en salud mental o las aproximaciones al padecimiento de tipo comunitario). Estos cambios han implicado una relativización de la perspectiva universalista de la cultura biomédica, por lo que se han ido incorporando otros modelos explicativos del proceso s-e-a/p y otras concepciones de las relaciones sociales en la praxis clínica y en torno a esta.

El encuentro clínico con la persona culturalmente diferente puede tener lugar según dos concepciones opuestas: la etnocéntrica y la relativista cultural (ver, en la salud mental, Devereux, 1980, Fàbrega, 2001 y Gailly, 2010). La primera plantea un punto de vista en el cual se acepta que las ideas propias son correctas y que la otra parte debe adaptarse e integrarse. En el contexto sanitario, esta actitud conlleva a menudo una visión evolucionista que aborda a la persona de una cultura diferente basándose en prejuicios y discriminaciones vinculados, por ejemplo, a su desconocimiento de la cultura sanitaria, sus conductas diferentes (o solo comprensibles desde su demarcación como alteridad) o sus representaciones diversas del proceso salud-enfermedad-atención/prevención. Si el encuentro clínico, además, está mediado por barreras del tipo jurídico-administrativo (como en el caso de los sin papeles que no acceden a la AMU o a la tarjeta sanitaria) o idiomáticas, este se vuelve muy difícil o casi imposible.

En la segunda concepción, la diferencia de saberes y legitimidades respecto al proceso s/e/a/p se desactiva, ya que se considera que todo acto o explicación es descartable por pertenecer a racionalidades y plantillas culturales distintas. En la búsqueda de la mejora de la eficacia curativa, la viabilidad de la aproximación consiste, como veremos en los estudios de caso, en una tensión entre estos dos polos, con implicaciones teórico-metodológicas e ideológicas diversas.

---

subyacente a ese dispositivo ha tenido la capacidad de ocultar sistemática —a veces inconscientemente— cuantas experiencias alternativas hayan puesto en cuestión el modelo en un ejercicio que han compartido los totalitarismos, pero también las opciones democráticas» (Comelles, 2007: 10).

El etnocentrismo es la tendencia a suponer que el universo gira en torno al pueblo propio, como dice Kroeber (1948), por lo que se consideran equivocadas o incorrectas las conductas de los exogrupos; sin embargo, también opera como un factor adaptativo individual y de integración social (Herskovits, 1969). Su racionalización y presentación como base de acción en el paradigma biomédico conlleva una serie de tensiones, de mayor o menor visibilidad, intrínsecas a la relación entre su inmanencia y la necesidad científico-ideológica de su prevalencia en el universo sanitario.

En el proceso de relativización cultural del universo biomédico, una de las problemáticas con las que se encuentran gran parte de las denominadas terapias interculturales es el hecho de que el conocimiento de las otras culturas se da desde el punto de vista del terapeuta occidental, el cual, por diversos motivos, tiende a universalizar y a no tener en cuenta la propia culturalidad del enfoque desde el que observa. Es decir, se interculturaliza al otro y se lo considerado subalterno. La terapia no es un proceso de un único sentido en el que basta con conocer, con un grado de profundización variable, y objetivar la cultura del usuario, sino que también se debería explorar y problematizar la cultura del propio terapeuta, así como la de la praxis médica e ideológica a la que se adhiere, para que la metodología clínica, interpelada por «la alteridad», no se encuentre abocada al fracaso.

> Muchas de las deficiencias y fracasos en estos contextos de diálogo —o mejor de sucesivos procesos de escritura y de lectura— radican en las dificultades del modelo biomédico para la lectura y la producción de significados de textos diferentes de los que delimitan su escritura, los textos que construyen «los otros, la alteridad». De esta forma la lectura biomédica de esos textos reniega de la búsqueda de los significados presentes a favor de los únicos que contempla. (Mariano, 2008: 312)

El trabajo intercultural en salud mental, según Kareem y Littlewood (2000), puede conllevar tres tipos de aproximaciones: mantener la curación tradicional, imponer la psiquiatría occidental o conciliar las dos aproximaciones para producir una terapia que incorpora las posibilidades de cada una.

En la investigación discutida en este libro podemos encontrar la primera y tercera tendencia en el modelo etnopsiquiátrico. Y la segunda, en el modelo occidental adaptado en la diversidad cultural y en el estudio de caso de la FCCP en el hospital Puerta de Hierro. Cabe añadir que el mo-

delo antipsiquiátrico intercultural supone un importante descentramiento del universalismo teórico-metodológico biomédico al subvertir, a través de la relativización cultural, la lógica de poder (terapeuta-paciente) y de saber (profano/experto). Como veremos, a partir de esto se puede generar una cuarta categoría: *producir mecanismos interculturales de autoatención y cuidado* de colectivos e individuos que significan espacios políticos a través del uso estratégico de la convivencia en la diversidad cultural. Esta nueva aproximación parte de la lógica de las transacciones sociales intersubjetivas en un contexto de hegemonía/subalternidad (en términos de Menéndez, 1981) interpelado.

Las terapias interculturales en Bélgica y España no tienen las mismas características ni cualitativa ni cuantitativamente. Esto es debido a diversos factores, como la mayor o menor antigüedad en la historia de la recepción de migrantes, la interpelación de la cultura biomédica por la demanda de atención en salud y los problemas de acceso y atención, las políticas de gestión de la diversidad cultural o la influencia y penetración de ciertas corrientes en el contexto francófono europeo, como la etnopsiquiatría. Bélgica, en relación con España, cuenta con una trayectoria más amplia en el desarrollo de dichas terapias por parte de actores individuales. Esta realidad se vuelve visible en los marcos de actuación clínica e investigación de la llamada *psiquiatría transcultural* que, como veremos a continuación, también se desarrolla en España, o bien en las praxis pertenecientes a la corriente etnopsiquiátrica, que se manifiestan únicamente en el territorio francófono de este país. De igual manera, esta diferencia es palpable en las experiencias relativas a la antipsiquiatría, en su concepción general, y a la interrelación de esta aproximación con la interculturalidad en el contexto de Bruselas.

En el caso de España, han emergido algunas praxis clínicas ya mencionadas en el marco del modelo occidental adaptado en la diversidad cultural. Estas se han vinculado en ambos países a través de organizaciones de la sociedad civil, como EXIL. El caso de la aproximación basada en los duelos migratorios se da únicamente en Barcelona. Asimismo, la praxis clínica del centro de salud mental de Laeken, definida como perteneciente a la antropología médica, existe solo en Bélgica.[108]

108 También en Francia, concretamente en París (ver Larchanché, 2010).

A continuación, analizaremos tres estudios de caso correspondientes con los tres modelos teóricos enunciados. Comenzaremos con la formulación cultural de casos psiquiátricos en el hospital Puerta de Hierro de Madrid, correspondiente al modelo occidental adaptado a las personas de origen extranjero. Después pasaremos a la praxis etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann de Bruselas, correspondiente al modelo etnopsiquiátrico. Y finalizaremos con las casas comunitarias peul, correspondiente al modelo antipsiquiátrico intercultural. Con el objetivo de dotar al análisis de una profundidad no solo sociocultural, sino también histórica, introduciré una entrada sobre las líneas teórico-metodológicas principales que han conformado la producción de estas praxis y las vincularé con cada uno de los tres casos. Esto es: los orígenes y algunas de las discusiones principales de la psiquiatría cultural, la corriente etnopsiquiátrica y la antipsiquiatría.

2. Los orígenes de la psiquiatría cultural y su carácter transdisciplinario

Según Michel Foucault (1976) la locura en Occidente no era pensable hasta el Renacimiento y el comienzo de la etapa dominada por la corriente del racionalismo. El motivo era que hasta ese momento estaba integrada en la sociedad y vida de las personas. Principalmente esto se debía a que, atribuida a algo demoníaco, poseía un valor, un saber propio a ella puesto que provenía de la divinidad. En el Renacimiento se abrió una brecha en la concepción de la locura. Por un lado, se entendía como figura enigmática que proveía a los hombres de ciertas claves de conocimiento y de revelación, y, por otro, se alejaba progresivamente de la razón. En la época de las luces y la Ilustración (desde la segunda mitad del siglo XVII hasta principios del XIX) se produjo la ruptura: la locura pasó a considerarse como el reverso de la razón, la otra cara. La *agresión racionalista* que surgió en esa época desembocó en una separación radical entre razón y sinrazón. En la segunda mitad del XVII el *loco* pasó a ser apartado del resto de los marginados y encerrado en un lugar especialmente creado para él: el asilo.

El hospital General, abierto en 1656, autorizó el control de una población pobre que ya no era percibida como la representación de Dios sobre la tierra, sino más bien como un factor problemático. Este encierro respondía principalmente a factores político-económicos: durante los períodos de crisis, los parados y vagabundos eran enviados a las casas de corrección. En los períodos de prosperidad, el encierro asumía una segun-

da función: la de proporcionar una mano de obra barata. Esta estrategia del encierro forma parte de lo que Foucault llama la *sociedad disciplinaria* (la disciplina se afina en su técnica para trabajar el cuerpo social y el de los individuos de manera microfísica). En el asilo, donde se somete a las personas a la represión física y moral, y a la infantilización y al encierro, aparecen las bases de un nuevo discurso, el discurso psiquiátrico.

Desde el punto de vista histórico, según Castel (Basaglia, Castel, Carrino *et alii*, 1975, en Noronha, 2005) se puede hablar de tres tipos de revoluciones en la psiquiatría a lo largo del tiempo. La primera se sitúa a finales del siglo XVIII, cuando la disciplina pasa del ámbito de la teología, la filosofía o la jurisprudencia al de la ciencia médica. La segunda revolución se inscribe en el siglo XIX, en un contexto en el que el tratamiento moral fue dando paso a los tratamientos físicos de la psiquiatría física y organicista que se desarrollaba en aquella época. Esto coincidió con la aparición de la anatomía patológica en los hospicios, a partir de lo cual se trata de explicar la enfermedad mental a través de una causa anatómica. Los trabajos de Freud (1856-1939) y de sus contemporáneos sirvieron para hacer frente a este tipo de concepciones mecánicas y organicistas.

La tercera revolución comenzó a finales de la II Guerra Mundial con la propuesta de transformación de los hospitales psiquiátricos y hospicios (entendidos como macro hospitales psiquiátricos) en lugares de tratamiento cuya finalidad fuese el desarrollo del individuo en lugar de su exclusiva vigilancia y custodia. Esta revolución cuestionó el poder del médico y el uso indiscriminado de psicofármacos. En esta etapa de la psiquiatría se da más importancia a la rehabilitación del enfermo para la convivencia social y a las cuestiones socioculturales ligadas a la enfermedad mental. También en estos años empiezan a surgir las llamadas *escuelas sociales* y las aproximaciones de la psicología a la etnología, si bien sus orígenes se remontan a principios del siglo XX. Dos ejemplos de esta última aproximación son la escuela antropológica llamada *cultura y personalidad* y, en el campo de la salud mental, la corriente denominada *psiquiatría cultural* (o transcultural).

A partir de la década de los años treinta, la antropología ofreció un marco de análisis para la dimensión de la personalidad, y en algunos casos la salud mental, vinculada a la cultura. Esto fue así gracias a la preocupación de investigadoras como Margaret Mead o Ruth Benedict por encontrar un lenguaje en común entre los campos de conocimiento del individuo y de la cultura, entendida esta como productora de pautas de

pensamiento y acción en torno a configuraciones culturales que se articulan con tipos específicos de personalidades.[109] El punto de inflexión con respecto a la perspectiva evolucionista existente hasta esa época fue que el carácter comparativo de algunas de las investigaciones y sus conceptos, anclados en el binomio sociedad occidental vs. no occidental, operaba desde la relativización cultural de los supuestos y categorías universalizantes, etnocéntricos y evolucionistas (propios del punto de partida del antropólogo) a través del naciente paradigma del particularismo histórico.

Benedict impulsó la escuela denominada «cultura y personalidad» a partir de su teoría de la configuración de las culturas con la publicación de tres artículos fundacionales[110] y, posteriormente, su conocido libro *Patterns of Culture,* inspirado por la psicología de la Gestalt y la filosofía de la historia de Spengler (Marzal, 1996 [1981]). Otra autora emblemática de dicha escuela fue Margaret Mead, con investigaciones como *Coming of Age in Samoa*, en la cual, partiendo de una influencia psicoanalítica y culturalista, propuso desmontar el mito de los orígenes orgánico-hormonales de la neurosis en los adolescentes[111] apelando al fracaso de su universalización y a la necesidad de analizar este fenómeno desde el punto de vista de la sociedad y la cultura en la que se inscribe.

En el contexto de la II Guerra Mundial, algunos antropólogos se fueron aproximando a la psiquiatría en busca de una unión para una ciencia del comportamiento humano. Para el antropólogo Edward Sapir, el rol del psiquiatra era explicar cómo el individuo puede crear cultura a través de la interacción con otros individuos (Sapir, 1949). La antropología, por otra parte, puede ayudar al psiquiatra definiendo la norma dentro de una cultura dada y delinear el comportamiento desviado de la enfermedad mental.

109 En algunos casos, lo hacen de manera problemática por las implicaciones moralizadoras de las categorías utilizadas. Para más información, ver el capítulo «Sin and Shame» en Doi (1973), en el que se critica *El crisantemo y la espada*, de Ruth Benedict.

110 «Psychological types in the Cultures of the Southwest» (1930, XXXIII Congreso Internacional de Americanistas), «Configuration of Culture in North America» (1934, *American Anthropologist*: 1-27) y «Anthropology and the Abnormal» (1934, *The Journal of General Psychology* 10, 59-82).

111 Para ello, utilizando categorías de análisis socioculturales occidentales, como el grado de represión sexual en dicho período de edad, como desencadenante de los comportamientos neuróticos, trata de estudiar a los adolescentes de Samoa y a la casi ausencia de dicha represión sexual en su vida (y la correlación con la inexistencia de dichos comportamientos neuróticos), y los compara con los de Estados Unidos.

Con la conexión al psicoanálisis los dos sujetos tendrían un aliado común (en Bains, 2005).

En la historia y desarrollo de la psiquiatría cultural Kirmayer y Minas (2000) proponen tres grandes líneas que reagrupan sus prácticas e intereses. En primer lugar, encontramos los estudios comparativos transculturales de la forma y prevalencia de los trastornos psiquiátricos. En segundo lugar, el estudio de las poblaciones migrantes y las variaciones culturales de la enfermedad dentro de las naciones étnicamente diversas. En tercer lugar, una crítica cultural de la teoría y práctica psiquiátrica (ver, también, autores como Fàbrega, 2001, o Bains 2005). Estas tres líneas se caracterizan por la producción investigativa de material teórico en disciplinas académicas y con posicionamientos ideológicos diversos, así como por la generación de dispositivos clínicos, especialmente en el segundo y tercer caso, para adaptar las prácticas terapéuticas a la diversidad cultural. La psiquiatría, al igual que otras ramas de la medicina y la propia antropología,[112] no ha estado históricamente escindida de las agendas del contexto político y económico en el que se ha insertado.

Se podría decir que la psiquiatría cultural o transcultural,[113] en la primera línea mencionada, nace de las publicaciones de Kraepelin a partir de la investigación que llevó a cabo en su viaje a Java, en 1904, (abordado por Murphy, 1982, o Huffschmitt, 1992) en la que trató de explorar la universalidad de la demencia precoz y la depresión maníaca.[114] Por su interés en lo que consideraba como variaciones regionales de la psicopatología, describió ciertas neurosis locales[115] como, por ejemplo, el *Amok*: una ten-

112 Para una discusión acerca del papel de la antropología durante el colonialismo, pero también de las críticas y resistencias a este por parte de algunos sectores de la academia, ver Gledhill (2000).

113 Muchos autores se refieren indistintamente a ambos términos. En algunos casos se sitúa la psiquiatría cultural como una denominación más reciente, aunque haya acabado instituyéndose como un concepto general para definir las investigaciones en este campo (Martínez, 2010). Otros utilizan el término etnopsiquiatría, el cual uso aquí para referirme exclusivamente a las teorías o métodos de inspiración etnopsicoanalítica.

114 Algunos autores sitúan el *origen oficial* de la psiquiatría transcultural en el año 1953 (ver Editorial, 1959, en BAINS, 2005), pero fue Wittkower el autor que acuñó este término en 1954 y lo teorizó en 1974 (Jilek, 2008, en Villaseñor, 2008)

115 Posteriormente nombradas *síndromes ligados a la cultura* o, entre otras denominaciones, *psicosis* o *neurosis étnicas* (Devereux, 1956). Para una discusión crítica de este primer concepto, ver Obeyesekere (1985), Littlewood (1996) o Pérez (2001).

dencia homicida altamente destructiva, solo masculina, que se presenta seguida de una pérdida de la conciencia de lo sucedido y que tiene lugar en Indonesia y Malasia (Villaseñor, 1994). La séptima edición de su *Compendium der Psychiatrie* incluyó un capítulo sobre el estudio de dichas patologías en el que admitía la mediación de la cultura en las variaciones semiológicas de la manifestación de la enfermedad mental y trataba de traducir las clasificaciones locales de una consideración exotizante a las de las categorías del modelo científico occidental. Más tarde, Kraepelin llamó a este capítulo *psiquiatría comparada*.

En Europa, en el contexto de expansión colonial a finales del siglo XIX y principios del XX, la *medicina en los trópicos,* dimensión filantrópica de la llegada con ánimo de lucro de los europeos, estaba vinculada a la empresa colonizadora. En este sentido, la producción teórica de la psiquiatría cultural tendrá estas mismas implicaciones y estará mediada por las agendas económicas y epistémicas, al decidir qué tipo material empírico compilar en los marcos de observación y análisis de ciertos fenómenos sociales, como es el caso de las mencionadas nosologías locales. Eso se producía a través de una reificación de la cultura del otro considerada como exótica, y de las manifestaciones del padecer vinculadas a ella. Mientras, se justificaba el modelo teórico-metodológico dominante de la psiquiatría occidental; esto se hacía universalizando su nosografía a través de la confirmación de sus invariantes nosológicas al estudiar las especificadas locales de un supuesto estadio, todavía irracional e incomprensible, de las culturas primitivas.

Un caso explicativo de esto es el del *ofpibloktoq*, también llamado *histeria ártica* entre los inuit. Muchos textos producidos a partir de la psiquiatría lo consideran un síndrome ligado a una cultura caracterizada por un comportamiento errático, repentino y salvaje (Kirmayer y Minas, 2000). El historiador Lyle Dick ha compilado los trabajos producidos sobre este fenómeno, su conclusión apunta a cómo la descripción de un caso psiquiátrico transforma una situación de explotación sexual de las mujeres inuit, por parte de los exploradores alóctonos, en un discreto trastorno, vinculado a la cultura, a través de una nueva herramienta de diagnóstico (Kirmayer y Minas, 2000).

Una de las preocupaciones de la psiquiatría cultural que encontramos en aquella época y que perdura en la actualidad es la articulación del modelo explicativo de la etiología del padecer con el marco analítico del cambio sociocultural y el contacto entre culturas. El contexto del África

colonial es representativo por la forma en la que el higienismo penetró como politica de gestión de la diversidad cultural: trató de configurar desde una perspectiva de salud pública el contacto entre europeos y nativos, y sus modalidades, a través de la segregación espacial. Un ejemplo de ello es el de la medicina organicista y la salud física (ver Curtin, 1985, o Frenkel y Western, 1988), las cuales pensaban que algunas *razas*, siempre las dominadas, eran esencialmente no higiénicas e insalubres y, por tanto, el simple contacto con sus miembros debía evitarse para que los europeos no se contagiasen. Esta percepción se debía a una tendencia muy extendida y persistente en la ideología colonial en África, que encontraría respuestas críticas en la antropología, como el trabajo de Audrey Richards, *Land Labour and Diet in Northern Rhodesia: An Economic Study of the Bemba Tribe* (1939), según la cual la pobreza y la enfermedad se consideraban inherentes al carácter primitivo de la sociedad africana (en Martínez, 2008).

La psiquiatría cultural colonial incidía en la necesidad de la separación entre colonizador y colonizado frente al riesgo de los traumatismos y los conflictos que a los nativos les podía generar el choque cultural por el contacto con los deseos y comportamientos de los occidentales (ver Fassin, 2000*a*, o Beneduce, 2008). En este sentido, como señala Fassin (2000*a*), la experiencia clínica es la base del modelo de gobierno que proponía Carothers con la *villagisation* de los mau mau (o de los bantustanes del Apartheid): separar para pacificar. En este caso, Carothers diagnosticó el movimiento social de protesta de los mau mau y lo patologizó, por una parte, basándose en el perfil psicológico propio de sus personalidades culturales (disociación de la personalidad, propensión a la duplicidad criminal, infantilismo, etc.) y, por otra, considerándolo una enfermedad derivada del contacto y conflicto de, por ejemplo, la crisis de sus valores tradicionales respecto al mundo europeo.[116] Sus obras *The Psychology of Mau Mau* y *The African Mind in Health and Disease: a study in Etnopsichiatry* (estudio médico inaugural en el contexto del África colonial promovido por la Organización Mundial de la Salud) son un exponente de ello (ver McCulloch, 1995). Carothers proponía como forma de reintegración de los kikuyu un programa de *villagisation*, ya utilizado con frecuencia por

116 Desde la antropología, Mannoni adoptó una perspectiva similar con relación a la revuelta de los malgaches (Bloch, 1997). Frantz Fanon (1963), en el contexto de la lucha por la independencia de Argelia, evidenció, desde una perspectiva crítica con el orden colonial y a través de su praxis clínica psiquiátrica, los efectos de la colonización y la guerra de liberación.

el Imperio británico contra las revueltas en otros contextos, en el cual se favoreciese su reagrupamiento en unidades espaciales de tamaño modesto lejos de las ciudades y de sus efectos desestructurantes, de modo que pudieran encontrar formas de vida ancestrales y un clima moral de inspiración cristiana (Fassin, 2000). Los paralelismos históricos entre las concepciones de la diferencia racial y la praxis psiquiátrica colonial se dieron no solo en el África subsahariana, sino también en otros contextos durante el siglo xx con una influencia en ciertas praxis clínicas de la actualidad, como en los asilos de Estados Unidos, en los que algunas patologías se consideraban específicas de los afrodescendientes (ver Summers, 2010).

Desde la antropología, surgieron algunas voces críticas con la psiquiatría cultural, que trataba de establecer una epidemiología comparada a través de las manifestaciones patológicas en sociedades no europeas bajo el marco de análisis y las categorías nosológicas occidentales. Una de esas voces, contraria al universalismo nosológico de Georges Devereux, fue la de Lévi-Strauss, quien retomando las definiciones de Mauss señala que la comparación de un neurótico con un chamán es cómoda y legítima considerando la verosimilitud de sus elementos comunes; sin embargo, como señala Mauss, lo mental y lo social se cofunden y no se podría aplicar la noción común de un orden (como la de *enfermedad*) a otro completamente distinto (Lévi-Strauss, 1966).

Unos años más tarde, la voz crítica de Kleinman (1977, 1980b) con la universalización de las categorías nosológicas abogó por el uso del concepto *modelo explicativo* en el pretendido ejercicio de comparación de enfermedades. De esta manera, se evidenció la culturalidad del corpus clínico de la biomedicina y, como mencionó Littlewood (1992), el error ya no de buscar, sino de defender la existencia de categorías diagnósticas y patologías universales obviando contextos y significados. Una discusión a tener a cuenta con respecto al riesgo de ciertas críticas es la recategorización biomédica a través de una suerte de consideración contextual superflua que justifique la universalización nosológica del modelo que propone diferenciar entre patoplastia y patogenia. Esta distinción surge al entender, por ejemplo, la forma de la enfermedad como invariable y el contenido como una realidad secundaria (ver Martínez, 2010).

A partir de la década de los cincuenta, en ciertos contextos africanos de descolonización, comenzaron a emerger prácticas que trataron de dar respuestas a los desafíos de la atención psiquiátrica interpelada por la alteridad mediante el intento de una aproximación clínica adaptada a la diver-

sidad cultural. En la segunda y en la tercera línea de la psiquiatría cultural mencionadas por Kirmayer y Minas (2000) se encuentran las prácticas clínicas referidas, así como aquellas que se dan en la actualidad en ciertos países que poseen una notable diversidad cultural fruto de la recepción de personas migrantes. En estos contextos, la psiquiatría cultural o transcultural se puede definir como aquella psiquiatría que permanece en el marco estricto de la práctica psiquiátrica y que trata de generar dispositivos de interpretación y tratamiento en salud mental (Rechtman, 1999) con el objetivo de formular modelos explicativos y métodos terapéuticos para proveer, a las personas endoculturadas en universos simbólicos no occidentales, una atención más adecuada a sus contextos socioculturales actuales.

Un aporte notable de la psiquiatría cultural fue la consideración del corpus teórico-metodológico de la psiquiatría biomédica como una cultura profesional, lo cual generó nuevas líneas de investigación y adaptaciones en la praxis clínica que incorporan este eje de análisis.

La formulación cultural de casos psiquiátricos en el hospital Puerta de Hierro es un ejemplo del enfoque perteneciente a la corriente de la psiquiatría transcultural norteamericana (ver Bains, 2005) en el que se desarrollan los puntos del *DSM-IV* (y actualmente del *DSM-V*) relativos a algunos de los aspectos culturales del encuentro clínico y de los modelos explicativos del proceso s-e-a/p y del contexto de vida del paciente. Su aproximación transdisciplinaria incorpora la perspectiva etnográfica en la clínica psiquiátrica y se implementó en 1996 en este hospital, si bien en la actualidad también está presente en otros centros de España como el hospital Vall d'Hebron de Barcelona.[117] Como menciona Bibeau (1997), en ella se trata de conciliar, por una parte, la vía que retoma Ulf Hannerz (1993), según la cual la psiquiatría necesita estudios macroantropológicos del flujo cultural y la configuración de la cultura en los sistemas globales, y, por otra, la vía que sostiene Milton Singer (1991) acerca de la prioridad de los estudios microantropológicos sobre el sentido y la semiótica de los mundos locales.[118]

117 En España, una de las primeras aproximaciones con interés clínico de la psiquiatría a la cultura, en particular la terapéutica y las nosologías populares de los campesinos gallegos con respecto al mal de ojo, se remonta a la tesis de doctorado realizada por el psiquiatra Manuel Cabaleiro *A psiquiatría na medicina popular galega* (1952, 1997, en Comelles, 2007).

118 Sobre la confluencia entre la antropología y la psiquiatría desde esta aproximación clínica, ver también Kleinman (1982).

Veremos a continuación, cómo la consulta de etnopsiquiatría en el hospital Brugmann de Bruselas constituye un ejemplo de aproximación interdisciplinaria que articula la psiquiatría, la antropología y el psicoanálisis desde una perspectiva clínica.

3. Antropología, psicoanálisis y etnopsiquiatría clínica

Rivers fue el primer antropólogo que llevó a cabo una propuesta de articulación entre la teoría psicológica y la antropología a través de la introducción de los enfoques de Freud en el ámbito británico. Rivers es conocido, a su vez, por sus aportes en la profesionalización de la antropología mediante una reivindicación científica del trabajo de campo. Mientras que el trabajo de campo lo realizaban principalmente misioneros o funcionarios coloniales sin una capacidad de sistematización científica, en el desarrollo de esta tarea fundacional a finales del siglo XIX participaron también otros investigadores cuyos intereses, al igual que los de Rivers, se encontraban en gran parte mediados por sus formaciones como naturistas (Haddon) o médicos, y con frecuencia se inscribían en el campo de la psiquiatría y la psicología experimental como es el caso de Myers o McDougal. Si bien, en las décadas de los cuarenta y los setenta, la antropología social se desmarcó de la psicología; esta, de la mano de Rivers, tuvo un papel no desdeñable en la inspiración del método genealógico y en los primeros pasos de su corriente británica (Korsbaek, 2014).

A principios de la década de los sesenta, en el contexto de la descolonización del África occidental, comenzaron a emerger prácticas clínicas que trataron de dar respuesta al fracaso del modelo psiquiátrico monocultural occidental a través de intercambios de carácter intercultural entre este y las prácticas terapéuticas denominadas tradicionales. Ejemplos de ello fueron las nuevas aproximaciones teóricas y prácticas de Zempleni (1968) y la investigación desde la praxis psicoanalítica en Dakar (Senegal) de Marie Ceciley y Edmon Ortigues (1966), así como el modelo de intervención de Henry Collomb (1965) en el servicio de neuropsiquiatría del hospital de Fann (Senegal), creado en 1956; todas estas praxis se desmarcaron del carácter racista de la psiquiatría colonial predominante.

Debido a la falta de conocimiento del contexto sociocultural en el que actuaban los terapeutas de origen occidental (y a la escasa eficacia

terapéutica), el centro hospitalario de Fann[119] solicitó, en 1962, sociólogos y psicólogos para constituir un equipo de trabajo pluridisciplinar que se dedique a la investigación; a esto se le sumó la investigación con encuestas etnológicas para poder dotar al trabajo de un cuadro teórico interpretativo más rico[120] y con matices antropológicos. En ese momento, en el servicio terapéutico se comenzaron a incorporar terapeutas y prácticas tradicionales con el fin de concertarse con el resto del personal (de origen occidental) y lograr una mayor eficacia de cara al paciente. Sin embargo, como señalan Leman y Gailly (1991), dicha aproximación en esencia occidental (pues el paciente ve de forma separada a los médicos occidentales y al curador tradicional) no parece elevar la eficacia terapéutica y se ve abocada, en gran parte de los casos, al fracaso. Los procesos de aculturación van a situar a los pacientes entre *dos sillas* y el terapeuta occidental, así como el tradicional, necesitan que este esté en una silla para ser eficaces (Leman y Gailly, 1991).

En el caso de la práctica etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann, la propuesta y el desafío consisten en implementar una nueva aproximación teórico-metodológica y configuración del espacio (medio disciplinar receptor) para complementar diversas aproximaciones terapéuticas. Este es uno de los ejemplos paradigmáticos de lo que anunció Lévi-Strauss (en *La eficacia simbólica,* 1949): «La comparación con el psicoanálisis nos ha permitido aclarar algunos aspectos de la cura chamanística. No puede asegurarse que, inversamente, el estudio del chamanismo sea incapaz de aclarar un día ciertos puntos oscuros de la teoría de Freud. Pensamos particularmente en la noción de *mito* y en la noción de *inconsciente*» (Lévi-Strauss, 1949: 227).

En este punto, considero necesario subrayar el papel jugado por Lévi-Strauss al llamar la atención sobre los paralelismos entre la cura chamánica y la psicoanalítica por la importancia que, como veremos en Devereux y su discípulo Tobie Nathan, ha tenido esta idea en el devenir de la

119 Cuya estructura fue concebida en la tradición clásica del asilo psiquiátrico. Este, como en otros casos, tomaba el relevo de los pabellones y las células de aislamiento anteriormente situados en ciertos hospitales en estado ruinoso.

120 El conjunto de datos producto de las investigaciones clínicas, psicológicas y etnológicas debía orientar al equipo de curadores hacia mejoras institucionales en el seno de la estructura hospitalaria; el objetivo era conseguir una psiquiatría más abierta, con más vocación social.

etnopsiquiatría como principio teórico y metodológico.[121] En este sentido, ambas prácticas tienen como propósito llevar a la conciencia conflictos inconscientes, que presentan ese estado en razón tanto de su represión por obra de fuerzas psicológicas como de su naturaleza orgánica; ambas buscan disolver los conflictos y resistencias que causa la enfermedad a través de un conocimiento supuesto, más que real, que provoca una experiencia de reactualización de los conflictos en un plano que permite su desenvolvimiento y desenlace bajo la forma de una abreacción, y en ambos casos, tanto la figura del psicoanalista como la del chamán surgen en los conflictos del paciente a través de la transferencia y posibilitan la explicitación de una situación inicial (la enfermedad) que había permanecido sin formular (Peña, 2000).

En función de su interpretación, Lévi-Strauss postula una serie de paralelismos y oposiciones lógicas entre chamanismo y psicoanálisis: a) mientras que el chamán en la cura habla y abreacciona *para* el enfermo, haciendo que este a su vez abreaccione, en el psicoanálisis es el enfermo el que habla y abreacciona *contra* el analista; b) cuando la transferencia se instituye, el enfermo hace hablar al psicoanalista atribuyéndole supuestas intenciones y sentimientos; por el contrario, el chamán habla por su paciente, poniendo en su boca réplicas que corresponden a la interpretación de su estado, con el cual debe identificarse; c) la cura chamánica readapta el grupo a problemas predefinidos que le plantean el enfermo y la enfermedad; en cambio, el psicoanálisis readapta el enfermo al grupo, y d) chamanismo y psicoanálisis buscan provocar una experiencia reconstruyendo un mito que el enfermo debe vivir o revivir; sin embargo, en el psicoanálisis se trata de un mito individual que el enfermo elabora con elementos extraídos de su pasado (en oposición al psicoanalista real, el cual induce por medio de operaciones a la elaboración de este), mientras que en el chamanismo se trata de un mito social que no corresponde a vivencias personales, el enfermo lo recibe del chamán a través de su discurso y se identifica con un chamán traspuesto e idealizado (Peña, 2000). Estos puntos se desarrollarán en la metodología de la praxis etnopsiquiátrica del hospital Brugmann.

Tal y como señala Laplantine (1973: 134), se puede considerar a George Devereux como la figura de mayor influencia en el *etnopsicoanálisis*

121 Algunas críticas a esta analogía tienen que ver con la concepción, dominante en la época, del psicoanálisis norteamericano (ver Peña, 2000).

contemporáneo.[122] Su obra *Mohave ethnopsychiatry and Suicide* (1961), con su minuciosa y original descripción del pensamiento de los mohaves sobre la locura y los trastornos de comportamiento (la nosología, la sintomatología de cada una de las enfermedades distinguidas y las formas de curación), es un punto de inflexión. Devereux propone una *aproximación complementarista* para la aproximación al padecimiento que considere de manera analítica lo psicológico y lo sociocultural. Esta aproximación no es, tal y como apunta Devereux, una teoría, sino una generalización metodológica; el complementarismo no excluye ningún método o teoría, sino que más bien los coordina (Devereux, 1998). Principalmente, podemos dividir su propuesta en tres ejes epistémicos: a) la importancia de la observación, como modificadora de lo observado, y de los niveles explicativos que se derivan del lugar desde el que se observa; b) el cuestionamiento de la definición de normalidad/anormalidad y la aproximación clínica derivada de esta, regida por los parámetros de la adaptabilidad, y c) la defensa de la universalización de ciertos marcos de análisis e interpretación del psicoanálisis, como el complejo de Edipo, desde el punto de vista filogenético de la creación y desarrollo del hombre y las culturas.

Para entender la propuesta etnopsiconalítica de Devereux es importante considerar la noción de *complementariedad*, proveniente del físico danés Niels Bohr (1999 [1937]), quien a su vez prolongó los trabajos realizados por Heinsenberg.[123] En consonancia con el papel de la observación como modificadora e incluso destructora del fenómeno observado,[124] el complementarismo de Devereux pone el ejemplo de la observación del orgasmo para mostrar dicha paradoja:

> a) El orgasmo plenamente vivido produce un velo de la consciencia, lo que vuelve imprecisa la autoobservación del orgasmo. b) Si, con el fin de observarlo mejor, hacemos un esfuerzo para impedir este velo de la consciencia, lo que observaremos no será ya un verdadero orgasmo, vivido en toda su amplitud, sino simplemente un espasmo fisiológico que desemboca en la eyaculación. (Devereux, 1998: 27. Traducción propia)

122 En lo que se refiere al origen del término, Devereux ha afirmado que lo acuñó el psicopedagogo haitiano Louis Mars.

123 Incluido su principio de indeterminación, o incertitud, formulado en 1927, según el cual es imposible determinar con precisión y exactitud la velocidad de una partícula (por ejemplo, un electrón).

124 Mostrado en diversos experimentos como el conocido como el gato de Schrödinger y el principio de superposición cuántica.

La relación del principio de complementariedad con el de destrucción tiene que ver con la consideración de que todo estudio demasiado exhaustivo de un fenómeno lo destruye; del mismo modo, está relacionado con el principio de exclusividad, por el cual dos niveles de explicación se excluyen mutuamente. El punto de partida de Devereux, tal y como explica en *De l'angoisse à la méthode* (1980) es la proposición de la transferencia de Freud modificada a la luz de la concepción de Einstein sobre la fuente de los datos científicos. En contraposición con la idea freudiana de que la transferencia es el dato más importante del psicoanálisis, dirá que, siguiendo el postulado de Einstein según el cual solo podemos observar los acontecimientos que ocurren al lado del observador, es la *contratransferencia* la que constituye el dato más importante de toda ciencia del comportamiento. Esto es, los únicos datos de los que dispone el investigador son los que están constituidos por sus propias reacciones a las reacciones que él mismo suscita.

Además de la observación, cobran principal importancia la posición desde la que se observa y los niveles explicativos derivados de la observación, como el social, el cultural o el psicológico. El método complementarista presupone y exige la existencia de diversas explicaciones, cada una de estas debe ser exhaustiva en su cuadro de referencia, pero apenas parcial en otro cuadro distinto. Así pues, lo importante es la definición de las relaciones entre las múltiples explicaciones totales/parciales. El complementarismo evita la derivación de la teoría y el pensamiento a una involución (entrópica) cuando se trata de explicar los hechos que no son relevantes a su propio dominio (Devereux, 1998). De todo ello se desprende que, gracias a esta metodología y a la toma de consciencia de las resistencias como las contratransferencias o los mecanismos de defensa (los cuales, sin ser conscientes, serian una fuente de error), el investigador podrá obtener datos de dichos procesos que se revelan como una fuente importante de creación científica.

Uno de los puntos de la propuesta etnopsicoanalítica de George Devereux es su defensa de la universalización de ciertos marcos de análisis e interpretativos, y categorías nosológicas del psicoanálisis y la psicopatología en general. Devereux propone una sustitución del punto de vista ontogenético de la creación y desarrollo del hombre y las culturas a otro filogenético. En este sentido, junto con Géza Róheim (*Magia y esquizofrenia*, 1982), considerado por algunos como el verdadero fundador del

etnopsicoanálisis,[125] defiende el valor universal del complejo de Edipo expuesto por Freud[126] dada su existencia como evento inaugural en la creación de la cultura (considerada como forma de comportamiento del *Homo sapiens*). Cabe recordar que Malinowski (1982 [1926]) era contrario a esta consideración, no negaba la existencia en toda cultura de algún tipo de complejo familiar, pero se oponía a que ese complejo debiese adoptar necesariamente la forma de Edipo. En diversas culturas, el padre biológico ocupa un lugar secundario, de ayuda a la madre en sus tareas de crianza y manutención, pero quien realmente desempeña el papel de autoridad es el tío materno (ver también *Sex & Repression in Savage Society*, 2001 [primera edición, 1927]).

Devereux critica a Malinowski y a los defensores de la relativización cultural de los complejos, ya que cuestionan la idea de la unidad psíquica de la humanidad, al mismo tiempo que imposibilitan que el psicoanalista pueda hacer una interpretación valida de la cultura.[127] Apunta que, ciertamente, el triángulo edípico universal no está formado por el padre, la madre y el hijo biológico, sino que puede poseer diferentes formas según la organización y estructura sociocultural del grupo en cuestión (por ejemplo, el padre puede ser reemplazado por el hermano de la madre o darse el caso de una especie de Edipo inverso). A su vez, señala que el complejo de Edipo no puede comprenderse únicamente a partir de la libido del niño, sino que hay que reemplazar este aspecto por la dialéctica de las relaciones padre/hijos (Devereux, 1977).

Desde el punto de vista de una *doble universalidad de la cultura y de la naturaleza humana*, Devereux (1976 [1955]) considera que, si un antropólogo proporcionase un inventario exhaustivo de todos los tipos conocidos de comportamientos culturales, esta lista coincidiría punto por punto con la lista igualmente compleja de pulsiones, deseos o fantasmas obtenida

125 Róheim constató que el psicoanálisis solo brindaba instrumentos relativamente cómodos para establecer relaciones con los otros y que no servía como filtro de interpretación sistemática.

126 La obra de Freud *Tótem y Tabú* (2000 [1914]), inspirándose en los textos etnográficos de Frazer y Tylor, generó un vínculo inaugural entre la antropología y el psicoanálisis.

127 Devereux se referirá al concepto de cultura, desde el punto de vista de la experiencia vivida, como la manera en la que los individuos viven su cultura. En este sentido, continuando con la vía trazada por Róheim, dice que «toda persona funciona en tanto que creador, criatura, manipulador y mediador de cultura en todo lugar y de la misma manera» (Devereux, 1977).

por el psicoanalista. El complejo de Edipo sería, como mencionamos, el elemento que permite al ser humano pasar de la naturaleza a la cultura, lo cual explica la coincidencia de dichos ítems encontrados tanto en el exterior, por medio de la antropología, como en el interior, a través del psicoanálisis. Esta afirmación recuerda a lo subrayado, desde la antropología, por Lévi-Strauss; para él, partiendo de una perspectiva que se desplaza de los fenómenos conscientes a los inconscientes para superar la dicotomía entre individuo y sociedad, subjetivo y objetivo, yo y otro, se puede comprobar que las leyes del psiquismo son homólogas a las de la cultura y que ambas son un producto de la existencia del orden simbólico, que es el orden del lenguaje (Lévi-Strauss, 1950, en Peña, 2000).

Devereux enfatiza la importancia de la dimensión sociocultural en la producción e interpretación de la enfermedad para lograr una epidemiología que haga posible el trabajo del psicoterapeuta en contextos transculturales y que defienda como universales, desde el punto de vista clínico, las nosologías occidentales. Dirá, por ejemplo, que la psicosis no tiene nada que ver con la desocialización, premisa defendida por la psicopatología dominante en la época, ya que incluso esta está socioculturalmente codificada. De este modo, es necesario, en su opinión, hacer frente al problema clave de la psiquiatría (la frontera entre lo normal y lo anormal) mediante el concepto clave de la antropología, la cultura. Para ello, es importante tener en cuenta, por ejemplo, el traumatismo no desde un punto de vista de la cantidad de estrés, si no con respecto a las defensas culturales que la persona puede movilizar para hacer frente al estrés.

En este sentido, uno de los aspectos destacables en la epistemología de la aproximación etnopsicoanalítica de Devereux es el cuestionamiento de la definición de normalidad/anormalidad regida por los parámetros de la adaptabilidad. Critica, por una parte, que la teoría de la adaptación, como criterio de normalidad y salud mental, no admita que pueda haber sociedades tan enfermas[128] que haga falta estar enfermo para poder adaptarse verdaderamente. Esto sucedería, por ejemplo, con la Alemania nazi o los tonkawa y su práctica del canibalismo (1977).

Por otra parte, el autor señala que el psicoanalista que trabaja en una cultura indígena no debe tratar de curar adaptándose exclusivamente a la sociedad tradicional. Si se ve la cultura desde un punto de vista dinámico

128 Como hace Fromm en su distinción entre adaptación sana y conformismo sadomasoquista (Fromm, 2003).

y cambiante, hay que dar a los individuos la elasticidad necesaria para que tengan la capacidad de adaptarse en un mundo en transición, es decir, de proceder a readaptaciones sucesivas sin perder el sentido de su propia continuidad en el tiempo. En este sentido, si lo normal se define por la adaptación, es necesario que el psiquiatra conozca la cultura específica de sus pacientes. Pero si lo normal se define por la *adaptabilidad creadora*, entonces no es necesario que el psiquiatra sea etnógrafo, si no que deberá ser etnólogo, es decir debe conocer el *modelo cultural universal* del que cada cultura es una versión particular[129] (Devereux, 1977).

Devereux (1997) distingue entre dos tipos de inconscientes y cuatro tipo de trastornos relacionados con una tipología etnopsiquiátrica de los trastornos de la personalidad. En cuanto a los inconscientes, considera que existe el segmento inconsciente de la personalidad étnica, o el *inconsciente étnico*, y el *inconsciente idiosincrásico*. El primer caso corresponde al que un individuo comparte con los miembros de su cultura; cambia y se transmite de la misma forma que lo hace la cultura y se adquiere de igual forma que el carácter étnico. Cada cultura permite a ciertos fantasmas, pulsiones y otras manifestaciones del psiquismo acceder a lo consciente y permanecer en ello, y exige que otras sean reprimidas, para lo cual proporciona mecanismos de defensa o, en su defecto, medios culturales que permiten a las pulsiones expresarse (aunque sea de forma marginal). Es por el inconsciente étnico por el que los miembros de una cultura poseen en común un cierto número de conflictos inconscientes. Por otra parte, el *inconsciente idiosincrásico* está compuesto de elementos que el individuo ha reprimido bajo la acción de dos tipos de estrés. Por una parte, están las experiencias que, sin ser típicas de una cultura determinada ni reflejar el modelo cultural de base, aparecen con la suficiente frecuencia como para ser reconocidas y reprimidas culturalmente. Por otra parte, las experiencias que no son ni características de una cultura ni numéricamente frecuentes, pero que afectan a ciertas personas.

Un ejemplo de la diferencia entre ambos inconscientes es el del chamán y los trastornos chamánicos. El chamán ha sido expuesto a un estrés no solo frecuente, sino culturalmente típico, esto es, que se desprende del

129 Retoma, en este sentido, una de las conclusiones de la antropología norteamericana aplicada de la época: para cambiar una cultura o, en este caso, abordar a uno de sus representantes con fines terapéuticos, no es necesario conocer una cultura en profundidad, sino conocer la teoría general de la cultura.

modelo cultural de base. Sus conflictos están localizados de manera permanente en el inconsciente étnico, mientras que los de la persona desviada y privada están localizados en su inconsciente idiosincrásico. Una de las críticas principales a esta propuesta es, como menciona Linares (1982: 33), que la consideración de que las enfermedades no adaptadas están causadas por traumas culturalmente atípicos es idealista, por lo que cabe preguntarse si se podría interpretar el inconsciente colectivo, o étnico en este caso, como la ideología dominante.

Los cuatro tipo de trastornos relacionados con una tipología etnopsiquiátrica de los trastornos de la personalidad que Devereux (1997) distingue son: a) *trastornos tipo*, que se refieren al tipo de estructura social; b) *trastornos étnicos*, que reenvían al modelo cultural específico del grupo; c) *trastornos idiosincrásicos*, cuyos conflictos no están contemplados por los mecanismos de defensa de la cultura, están caracterizados por la improvisación de las defensas y síntomas (con frecuencia a través de la deformación de ciertos ítems culturales destinados a otras funciones), y d) *trastornos sagrados o chamánicos*.

En la defensa de la universalización de la praxis clínica del psiquiatra y, por consiguiente, de sus marcos explicativos relativos a la nosología, una de las propuestas más discutidas de Devereux es la comparación entre un neurótico y un chamán, la cual presenta en su explicación de los *trastornos sagrados*. El autor manifiesta que el chamán está psicológicamente enfermo, o si cabe es un neurótico o psicótico en remisión, ya que está adaptado a una parte marginal de su sociedad y de su cultura; aunque su situación y rol estén institucionalizados, el chamán es menos realista que la gente que le rodea (tendencia al realismo como necesidad para el desarrollo cultural (como defenderá Kroeber, 1952, en Devereux, 1977). El chamán solo se diferencia del neurótico o el psicótico privado a través de la estructuración convencional de sus conflictos y síntomas. Estas similitudes se dan también en la sociedad occidental, lo cual diferencia entre ciertos tipos de personalidad socialmente valorada y sus análogos privados, relegados a un hospital psiquiátrico (ibid.). Como apuntamos anteriormente, Lévi-Strauss (1966) fue una de las voces críticas con esta consideración.

Por último, con el fin de introducir algunas de las implicaciones clínicas de su propuesta teórico-metodológica, se destaca la división que realiza Geroges Devereux (1998 [1951]) con relación a la procedencia cultural del terapeuta y del paciente. Devereux distingue entre tres tipos de terapias etnopsiquiátricas:

1) Intracultural: El terapeuta y el paciente pertenecen a la misma cultura, pero el terapeuta contempla las dimensiones socioculturales, así como los problemas de su paciente y del desarrollo de la psicoterapia.

2) Intercultural: Aunque el terapeuta y el paciente no pertenecen a la misma cultura, el terapeuta conoce bien la cultura de la etnia del paciente y la utiliza como timón terapéutico, pero siempre con el fin de asegurar la autoabolición final. Será esto lo que demuestre que el timón cultural ha sido empleado con éxito.

3) Metacultural:[130] El terapeuta y el paciente pertenecen a dos culturas diferentes. El terapeuta no conoce la cultura de la etnia del paciente; sin embargo, comprende perfectamente el concepto de cultura y lo utiliza para establecer el diagnóstico y el tratamiento.

En el modelo nathaniano aplicado en el hospital Brugmann, paradójicamente, se pueden dar en cada consulta los tres tipos de terapia etnopsiquiátrica debido, entre otras cosas, a la diversidad cultural de los coterapeutas y pacientes, y a la concepción multidisciplinaria del dispositivo clínico.

En la actualidad, en Europa existen diversas aproximaciones de corte etnopsiquiátrico/etnopsicoanalítico. En Francia, además de Tobie Nathan, es conocido el trabajo que lleva a cabo Marie Rose Moro en Avicenne. A su vez, Van Overbeck, en Suiza, trabaja en esta línea y en Italia se practica en el centro Frantz Fanon (ver Beneduce, 2008). En otros continentes, está el ejemplo de Quebec (Canadá), donde también se desarrolla esta aproximación. En el contexto actual de Francia la aproximación teórico-metodológica de la etnopsiquiatría se ha llevado incluso a una consulta (psicológica) en un colegio de París (ver Duvillié, 2006).

Un elemento en común a todas las praxis es su inspiración en el llamado etnopsicoanálisis complementarista. Devereux (1997) señala que la etnopsiquiatría es la disciplina clínica cuyo cometido es la constitución de una semiología de enfermedades mentales sea cual sea el contexto cultural; el etnopsicoanálisis, en cambio, es la rama teórica encargada del marco explicativo de las relaciones entre cultura y psiquismo. Nathan se inspiró en Devereux para desarrollar su aproximación teórica, si bien se distanció en dos aspectos del corpus de su propuesta. En primer lugar, la importancia que Devereux atribuyó a las teorías de Freud: pese a mantenerse

130 En un principio, Devereux utilizó el término *transcultural*; sin embargo, debido al, en su opinión, mal uso que se ha hecho de este, decidió cambiarlo por *metacultural*.

bajo ciertos principios teórico-metodológicos del psicoanálisis, criticó el carácter dogmático de sus teorías y los conflictos que estas han generado en las personas sometidas a ellas (Nathan, 1993, en Zanatta, 2008). En segundo lugar, Nathan reivindicó la importancia y el valor clínico de los terapeutas tradicionales, lo cual Devereux siempre consideró perjudicial, incluso llegó a denominar su emergencia como una consecuencia no deseada de las fallas y los dogmatismos de la terapia occidental (Roudinesco, 2005, en Zanatta, 2008).

En términos empíricos, las diversas praxis albergan ciertas características diferentes entre sí, las cuales se analizarán en detalle más adelante. Estas dependen principalmente de factores como el marco en el que se desarrollan, el terapeuta principal y las dinámicas que instauran, así como la mayor o menor preeminencia de aproximaciones que se apoyan en la interpretación psicoanalítica y el enfoque antropológico. Un ejemplo de estas praxis son aquellas que se basan en el etnopsicoanálisis complementarista descentrado (Moro, 2002), denominadas *etnopsicoanalíticas* por sus actores, o en la prescripción de medicamentos y la coordinación de recursos metodológicos de tipo intercultural, como los objetos activos, en cuyo caso se conocen como *etnopsiquiátricas*. Esta diferencia, de forma general, está basada principalmente en la exclusión o inclusión de los objetos en la terapéutica, y, como veremos en el caso de Bélgica, en el marco de atención en el que esta se efectúa.

En el caso particular de Bélgica, la mayor parte de los psiquiatras interesados por la etnopsiquiatría colaboraron con Tobie Nathan, discípulo de Devereux, a principios de los 90 en París. Luego, llevaron este modelo a sus consultas hospitalarias o a asociaciones. Al principio, comenzaron con la incorporación de grupos pequeños en las consultas para después desarrollar una práctica en grupos cuyas características principales son la multiculturalidad y la pluridisciplinariedad en un número variable de coterapeutas de orígenes culturales y formaciones profesionales diversas (en algunos casos hasta veinte personas); así como el acompañamiento del paciente por parte de profesionales del ámbito psicosocial y, de ser necesario, de algunos miembros de la familia. Como veremos después, la diferencia empírica de las praxis en Bélgica estriba en el hecho de desarrollarse o no en el marco hospitalario y, principalmente, en el uso sistemático del recurso metodológico de los objetos activos.

En cuanto a su ubicación geográfica y campo de desarrollo, la mayoría de las praxis se concentran en Bruselas y pertenecen al medio asociativo,

Entre deux mondes y *D'ici et d'ailleurs* son algunos ejemplos, con la excepción de la praxis del hospital Brugmann, que se incluye en el campo institucional público. Existe otra asociación, llamada *Tabane*, que ofrece atención etnopsicoanalítica y se ubicada en la ciudad de Lieja; comparte todas las características teórico-metodológicas mencionadas a excepción de un elemento particular que no se da en las otras praxis observadas, si bien se enmarca a su vez en la propuesta complementarista de Devereux y Nathan. La única diferencia de esta praxis es la *invocación de los muertos y los ausentes*, que genera un espacio de palabra en el que los pacientes, como en la terapia sistémica, se dirigen a aquellos que no están y son significativos en sus vidas. Esto, entre otras cosas, permite la movilización de recursos asociativos y de pertenencia social (Schurmans, 2008). Puesto que se agrupan en un corpus teórico-metodológico que relativiza la cultura biomédica hegemónica transformando algunos de sus principios fundadores para mejorar la eficacia terapéutica, todas estas praxis se inscriben en el aquí denominado *modelo etnopsiquiátrico* de intervención intercultural en salud mental.

A continuación, como introducción al modelo antipsiquiátrico intercultural y al estudio de caso de las casas peul en Bruselas, hablaremos del desarrollo del movimiento antipsiquiátrico en Europa y sus características y devenir histórico en Bruselas.

4. Del movimiento antipsiquiátrico a las casas peul en Bruselas

La psiquiatría democrática italiana de Franco Basaglia constituye la base filosófica del tercer modelo terapéutico intercultural, el modelo antipsiquiátrico intercultural, que está representado por la praxis que la asociación civil L'autre «lieu» lleva a cabo a través de las casas de acogida peul. Puesto que son dos de los ejes principales de este libro, a continuación se hablará de cuáles fueron algunas de las críticas destacadas que desde diversas disciplinas se realizaron al modelo hegemónico psiquiátrico y psicoterapéutico (concretamente al custodialismo), y a la teoría y praxis del psicoanálisis, desde una posición política de cuestionamiento al sistema socioeconómico e ideológico en el que se inscriben y al cual legitiman. Posteriormente, se describirá el contexto de la red antipsiquiátrica en Bélgica y la aplicación de la psiquiatría democrática de Franco Basaglia en la praxis intercultural objeto de estudio.

El movimiento crítico con las concepciones y roles de dominación y control desempeñados por la psiquiatría, y su modelo clínico hegemónico, se desarrolló junto con una serie de corrientes teóricas que, desde ámbitos diversos como la filosofía, la sociología o el psicoanálisis, iban viendo la luz en Europa en el período entre los años treinta y los setenta del siglo xx. A su vez, durante este período, el psicoanálisis, que compartía algunos de los principios canónicos de la ideología dominante, fue puesto en evidencia por sus reformistas, como por ejemplo Lacan y su vindicación estructuralista, así como por aquellos que cuestionaban sus fundamentos y bases inaugurales, y proponían nuevas lecturas de la realidad y aproximaciones clínicas desde otros marcos explicativos.

Uno de los críticos, en mi opinión, más interesantes y controvertidos del psicoanálisis, fue Wilhem Reich, discípulo de Freud. Las obras de Malinowski y su perspectiva funcionalista, en la que todas las partes de una cultura o grupo social se interrelacionan entre sí, influyeron en las concepciones psicoanalíticas de Reich, como se muestra en *La irrupción de la moral sexual* (Reich, 1973 [1932]). Reich, desde una perspectiva teórica, pero también vinculada a la práctica terapéutica, entiende que el sufrimiento y las enfermedades mentales reenvían en su fundamento explicativo a una dimensión sociopolítica y económica de la sociedad y cuestiona el acatamiento del principio de realidad freudiano y la universalidad del complejo de Edipo (justificador de la represión como principio fundacional de la cultura) y la denominada pulsión de muerte (ver Robinson, 1969).

El freudomarxismo, que inauguró la vinculación del psicoanálisis freudiano con el marxismo, se enfrenta a la noción heurística del psicoanálisis, en la cual la curación del paciente está determinada por su adaptación al principio de realidad. De esta manera, postula que la superación de la neurosis, entendida tanto en su vertiente individual como colectiva (neurosis cultural), está íntimamente ligada a la transformación de la realidad. Su aproximación clínica critica, a su vez, la dominación logocéntrica del psicoanálisis y propone una aproximación a la manipulación terapéutica del cuerpo.

Otro de los autores principales que vinculó el marxismo y psicoanálisis freudiano fue Herbert Marcuse, miembro de la primera escuela de Frankfurt. Marcuse se opuso radicalmente a Freud con respecto a la idea de que el principio del placer y el de realidad son antagonistas irreconciliables. Desde una visión de la historia inspirada en el materialismo histórico de Marx, consideraba que esta oposición no era metafísica (que no se ori-

ginaba en la naturaleza humana), sino que era producto de una organización social histórica determinada. Señaló que el progreso tecnológico había creado las condiciones para la liberación de la obligación del trabajo, la ampliación del tiempo libre y la creación de nuevas formas de realización y descubrimiento del mundo en una sociedad cuya lógica era la liberación de las potencialidades y la satisfacción; y no la represión. Si no sucedía de esa manera, se debía al poder que, con el fin de perpetuarse, alimentaba un estado de necesidad que no debía ser tal (Marcuse, 1981 [1955]).

En la década de los sesenta y la de los setenta, surgieron otras críticas de gran interés al psicoanálisis. Dos de los críticos más representativos de esta época fueron Félix Guattari y Gilles Deleuze. En *El anti-Edipo* (1998 [1972]), primer volumen de la obra *Capitalismo y esquizofrenia*, los autores defienden que no es la locura la que debe ser reducida al orden general, sino que, al contrario, el mundo moderno en general y el conjunto del campo social son los que deben ser interpretados en relación con la singularidad del loco. «El inconsciente no delirará sobre papá/mamá, delira sobre las razas, las tribus, los continentes, la historia y la geografía, siempre un campo social». Según los autores, solo el deseo (o la dimensión del acontecimiento que muestra el deseo) garantiza la libre configuración de singularidades y fuerzas capaces de poner la historia en movimiento. Deleuze y Guattari propugnan el *esquizoanálisis* (psicoanálisis político y social) como alternativa al psicoanálisis tradicional (al que atacan fervientemente acusándolo de estar al servicio de la ideología burguesa represiva), ya que trata la enfermedad como algo individual que se sustrae de lo social y de la consideración del padecimiento como fenómeno vinculado a los poderes políticos y económicos (ver Guattari y Rolnik, 2006).

Como mencionamos en el primer apartado historiográfico, en la historia de la psiquiatría, según Castel (Basaglia, 1975, en Noronha, 2005), se han dado tres revoluciones. La corriente más característica de la denominada *tercera revolución* se desarrolló, a principios de los años setenta, con la psiquiatría social y, dentro de este paradigma, la psiquiatría democrática y antipsiquiatría. Esta fue el fruto de una corriente crítica contra el poder y el papel de control social que desempeñaba la psiquiatría y sus métodos en aquella época;[131] provenía de diferentes sectores y fue impulsada por autores como Gilles Deleuze y Felix Guattari, así como Michel Foucault,

131 El experimento «On being sane in insane places», llevado a cabo por Rosenhan en 1973, fue una de las destacables experiencias a principios de los setenta.

Erving Goffman, desde la sociología, o Tomas Szasz, Ronald Laing, David Coper y Franco Basaglia, desde la praxis clínica en salud mental, .

> Esa forma tradicional de la asistencia psiquiátrica, a cuya crisis asistimos hoy, es heredera de una tradición social para la que la locura es más una inexplicable y peligrosa conducta social desviada, de la que es preciso defenderse, que un problema de salud al que hay que aportar soluciones. (Foucault, 1976)

Según denunciaban estos autores, la función principal del modelo clásico de segregación y reclusión en el manicomio se basaba más en el control social que en una búsqueda de efectos terapéuticos. Es esa función social la que explica las características concretas del hospital psiquiátrico tradicional como institución marginadora que no solo no resuelve los problemas de los pacientes, sino que los agrava con un síndrome propio que ha sido descrito por Goffman (1970) como *neurosis institucional* y retomado por autores como Barton (1974). Dicho síndrome se manifiesta a través de una serie de efectos iatrógenos peculiares como el aislamiento social, la masificación, la falta de diferenciación de problemas entre los usuarios (enfermedades, carencias sociales, delitos, etc.) y el estigma social que se adscribe a estos. Bajo el rótulo general de *carrera moral del enfermo mental*, concepto propuesto por Goffman (1970), se describen las contingencias añadidas a la enfermedad que tienen un papel central en el complejo proceso de devenir un enfermo mental hospitalizable y que guardan más relación con variables sociales (pobreza, incultura, problemas del entorno familiar y microsocial) que con las propias de la enfermedad (síntomas concretos más que enfermedades específicas). De esta manera, se produce una selección social[132] que, al ser externa y previa a la visión de los profesionales, tiende a infravalorarse o simplemente desconocerse por estos (López, Laviana y Garcia-Cubillana, 2006).

Si bien existen diversas posiciones[133] con respecto al dilema de la sustitución/transformación del hospital psiquiátrico tradicional, hoy en día prácticamente nadie, con un mínimo de rigor científico y sensibilidad

132Desde el campo de la sociología, autores como Scheff (1966 y 1973), Levinson y Gallagher (1971), o Castel (1976) criticaron la selección social y los mecanismos de estructuración y refuerzo de la enfermedad del hospital psiquiátrico.

133 Dichas posiciones se basan en la valoración de las posibilidades reales y de su superación en contextos sociales concretos.

democrática, se atrevería a apoyar la pervivencia del manicomio y de los postulados asistenciales tradicionales (García, Espino y Lara, 1998: 32).

Según Henri Collomb (1979, en Noronha 2005: 21), podemos dividir la psiquiatría social en dos niveles de significación:

a) De orden práctico: Concierne a los objetivos de humanización de la asistencia psiquiátrica y la extensión de dicha asistencia a toda comunidad. Incluye readaptar las estructuras de las instituciones psiquiátricas con el objetivo de aproximarlas más a los individuos con trastornos emocionales. Esto implica, por un lado, regionalizar la asistencia y crear servicios extrahospitalarios para facilitar el acceso del paciente a la ayuda terapéutica y evitar el aislamiento y segregación del enfermo. Por otro lado, busca enfatizar la inversión de la reintegración del paciente en la comunidad, facilitar la comunicación con el paciente considerando aspectos de orden sociocultural y promover acciones preventivas junto con las poblaciones más expuestas a las perturbaciones mentales.

b) De orden teórico: Collomb da una significación a la psiquiatría social de orden teórico analizando la enfermedad mental en la relación entre el individuo y la sociedad. Para ello, no utiliza ni el modelo médico centrado en la enfermedad ni el psicológico centrado en la noción de persona, sino un modelo sociológico que considera el campo social donde se desenvuelve, vive y padece el individuo.

Teniendo en cuenta los diversos antecedentes intelectuales y bases teóricas, sus manifestaciones heterogéneas, el momento histórico en el que ocurrieron y la semejanza con respecto a sus objetivos y posicionamientos dialécticos (ver Noronha, 2005: 20) frente al modelo psiquiátrico hegemónico, estas son las acciones de la psiquiatría social en el mundo:

1) La antipsiquiatría de David Cooper, Aaron Esterson y Ronald Laing,[134] en Inglaterra. David Cooper, en su obra *Psiquiatría y antipsiquiatría* propuso el término *antipsiquiatría*. Influido por el pensamiento de Jean Paul Sartre y Herbert Marcuse, y con unas inclinaciones políticas cercanas al anarquismo, Cooper comenzó a desarrollar una teoría y praxis propias en las que mantenía una concepción existencial y fenomenológica

134 Laing (1978) y Esterson pusieron el acento en la causalidad, principalmente social y familiar, de la enfermedad mental. Ambos autores consideran que el estudio de las familias permite entender la sintomatología del enfermo mental como la adaptación dramática de un individuo al que las condiciones familiares fuerzan a una verdadera situación de supervivencia.

de la locura. En su obra *La gramática de la vida* distinguirá entre tres clases de locura:[135] *a)* locura social, a la que llamará *demencia*, caracterizada por los fenómenos del capitalismo como las guerras; la explotación económica, social y entre sexos; las relaciones de competencia, o la destrucción ecológica; *b)* locura de viaje interior, o el medio de desestructuración de la experiencia alienada y de construcción no alienada del propio proyecto existencial, y *c)* demencia social, o esquizofrenia, creada por entornos esquizofregénicos como la estructura familiar, el trabajo o la escuela. El doble vínculo (definido por Bateson) tendrá una gran relevancia en el desencadenamiento de la psicosis como única forma de escape frente a situaciones en las que no hay salida posible (Arnau, 2005).

Dos de los emblemáticos proyectos antipsiquiátrico que tuvieron lugar en aquella época fueron el del pabellón (anti)psiquiátrico Villa 21 y el de la casa comunitaria Kingsley Hall. En este último fue conocido el caso de la cura de la esquizofrenia de Mary Barnes, acompañada por su psiquiatra Joseph Berke (ver Barnes y Berke, 2002 [1971]), pese a que algunos autores críticos con el movimiento defienden que no estuvo bien diagnosticada (Clarke, 2004). Cabe recordar que el movimiento antipsiquiátrico cuestionaba la existencia de las psicosis crónicas y señalaba que eran producto del internamiento, aunque admitía las de tipo agudo.

2) La psiquiatría de sector en Francia: Fue propuesta por el Ministerio de Salud desde 1960, pero se implementó en 1972. Destronó el hospital psiquiátrico como único local de tratamiento y regionalizó la asistencia, además de crear otras formas de cuidados para el enfermo mental (Pouget y Castelnau, 1983, en Noronha, 2005: 20). En Francia, uno de los proyectos más relevantes fue el de la clínica La Borde, fundada por Jean Ory, en la que trabajó durante toda su vida Felix Guattari. La Borde se convirtió, en 1968, en unos de los lugares de referencia de la psiquiatría democrática en Europa.

3) La psiquiatría democrática italiana: En Italia, el movimiento antipsiquiátrico logró una reforma radical de la atención psiquiátrica. Dicha

135 Propone distintas aproximaciones para las tres clases de locura. Frente a la locura y demencia social, la revolución; en la locura de viaje interior, la intervención mínima de cuidado, y frente a la marginación social, el cuidado especializado y el acompañamiento de decodificación crítica de la experiencia que está viviendo. Cooper niega que la esquizofrenia se dé en todas las sociedades, considera que es característica de aquellas constituidas por fuertes divisiones de clases, como es el caso de la sociedad capitalista (Arnau, 2005).

reforma estaba personificada en Franco Basaglia y se produjo a través de la aprobación, en 1978, de la ley 180 en el parlamento italiano. A partir de esta ley, se instauraron las bases para el progresivo desmantelamiento de los manicomios; la creación de una serie de servicios descentralizados, a través de unidades territoriales, de acogida y apoyo desde el vínculo y la colaboración con la comunidad y la reinserción de los ingresados en esta. En 1962, Basaglia comenzó en Gorizia la transformación del hospital psiquiátrico que dirigía.[136] La escenificación pública del fin del internamiento tuvo lugar en Trieste a través del famoso caballo azul, fabricado con papel e inspirado en el caballo de Troya. Basaglia salió a la calle por la puerta del manicomio con el gran caballo, los seguían los enfermos psiquiátricos con pancartas que contenían frases como: «Queremos libertad» (Tomkiewicz, 2001). Como ya se ha dicho, la psiquiatría democrática italiana de Franco Basaglia constituye la base filosófica del tercer modelo intercultural en salud mental.

Como consecuencia de estos cambios paradigmáticos y movimientos de cuestionamiento y crítica del modelo hegemónico en salud mental y sus implicaciones políticas, la apertura de los asilos psiquiátricos y la búsqueda de alternativas a una organización asistencial basada en el manicomio se fue extendiendo paulatinamente en el panorama europeo y norteamericano durante las décadas de los sesenta, setenta y ochenta. Bélgica se vio influida por dicha corriente del mismo modo que Francia, Italia, Inglaterra y, a mediados de los 80, España.

En las décadas de los sesenta y setenta, otra de las figuras representativas de la psiquiatría comunitaria y democrática en Europa fue Mony Elkaim. Tanto él como otros actores sociales, situados en Bélgica, realizaron valiosas aportaciones a la crítica al custodialismo y a la psiquiatría biomédica. En 1975 se fundó en Bruselas la llamada Red Internacional de Alternativa a la Psiquiatría con la participación el mencionado Elkaïm y otros como Guattari, Jervis, Castel, Cooper o Basaglia, cuyos principios básicos ilustran la conciencia política de los antipsiquiatras. En este contexto de desinstitucionalización de la atención en salud mental, apareció

136 La experiencia de Basaglia le hizo llegar a la conclusión de que el internamiento psiquiátrico únicamente agravaba la enfermedad mental. En *La institución negada* (1968, publicada en 1972), Basaglia expone que el manicomio es un instrumento, legitimado por la ciencia como servidora de los intereses de la clase dominante, de rechazo y encierro que debe ser destruido y propone liberar a los enfermos.

Des fous dans la ville, el estudio de Roosens (1979) en el cual reflexiona sobre la implicación comunitaria en los cuidados, a personas con padecimiento mental, de familias de acogida en un barrio de Amberes. A partir de entonces, diversas asociaciones como Gerbe, Deviniere o L'Autre «lieu» fueron creadas con este espíritu.

En la actualidad, el contexto francófono de Bruselas y de Valonia es algo diferente al flamenco en lo que se refiere a las líneas predominantes de la psiquiatría institucional y la sectorización de los servicios. En Flandes los cuidados psiquiátricos se dispensan en mayor medida en los centros hospitalarios, mientras que en la región francófona y en Bruselas está más extendida la psiquiatría extrahospitalaria y alternativa. Un exponente de esto, unido a la diferencia en la cantidad de dispositivos de atención en salud mental sectorizados en ambas regiones, es que el número de camas por habitante en los hospitales psiquiátricos de Valonia es la mitad que en la zona flamenca (Orsini, 2004: 115). En la actualidad, la asistencia extrahospitalaria en Bruselas se da principalmente en casas comunitarias institucionales públicas, así como en otras privadas entre las cuales se encuentran las asociaciones civiles, como L'Autre «lieu». Prácticamente no existen redes de solidaridad y ayuda comunitarias en casas particulares, a diferencia del panorama tras las reformas y la sectorización de la atención en los años ochenta en la ciudad (Entrevista personal a Manuel, encargado de las reuniones mensuales con los inquilinos peuls, 2006).

El caso de L'autre «lieu» evidencia una transición desde la perspectiva de la antipsiquiatría y la ayuda psicosocial comunitaria, con la creación en 1980 de proyectos de sensibilización y alojamiento con familias, hasta una aproximación antipsiquiátrica intercultural a través de la politización de la alteridad y la crítica a la enajenación de los exiliados políticos y las personas con padecimientos mentales.

Veremos a continuación cuáles son los tres modelos terapéuticos interculturales en salud mental a través de la descripción y análisis de casos representativos de cada uno de ellos en función del grado de relativización cultural del modelo teórico-metodológico psiquiátrico hegemónico, así como de su carácter transdisciplinario, interdisciplinario y contradisciplinario en cada caso. Esto es, en primer lugar, desde una perspectiva transdisciplinaria que utiliza el método etnográfico para la praxis clínica psiquiátrica, *el modelo occidental adaptado en la diversidad cultural*, representado por la FCCP en el hospital Puerta de Hierro de Madrid. En segundo lugar, desde una perspectiva interdisciplinaria que produce espacios

de síntesis entre conocimientos de disciplinas diversas promoviendo una nueva configuración del medio receptor disciplinar de la psiquiatría, el *modelo etnopsiquiátrico*, representado por la praxis etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann de Bruselas. En tercer lugar, a través de una propuesta contradisciplinaria, que conforma su praxis desde la oposición dialéctica a la psiquiatría hegemónica sin generar una disciplina nueva, el *modelo antipsiquiátrico intercultural* en las casas comunitarias peul de Bruselas.

PARTE V: EL MODELO OCCIDENTAL ADAPTADO EN LA DIVERSIDAD CULTURAL

1. Descentrando el universalismo biomédico en la práctica clínica

Las praxis terapéuticas pertenecientes al que hemos denominado como modelo occidental adaptado en la diversidad cultural, proponen respuestas novedosas al abordaje del padecimiento mental, en contextos de multicuturalidad significativa, a partir de la relativización cultural de la psiquiatría biomédica dominante. Esta relativización se lleva a cabo de una o ambas de las siguientes formas: por un lado, introduciendo recursos teóricos y metodológicos especializados (como sucede en las clínicas del exilio o en los duelos migratorios) que descentran ciertos elementos de esta aproximación (ver Muñoz, 2010). En especial me refiero a la praxis clínica focalizada en aspectos biológicos o psicológicos que incorpora una dimensión explicativa del padecimiento sociocultural e incluso político (como, por ejemplo, en el mal de Ulises). Por otro, confiriendo tanto al proceso s-e-a/p como a la relación terapeuta-paciente-institución el estatus de objeto de estudio y problematización desde una aproximación etnográfica y considerando las trayectorias socioculturales de los actores comprometidos.

El caso de la FCCP ejemplifica esta relación transaccional y transdisciplinaria entre la permanencia y la transformación para la mejora de la eficacia terapéutica en contextos de multiculturalidad significativa. Estos contextos pueden comprender a población de origen extranjero, a minorías étnicas autóctonas o, por ejemplo, a pacientes pertenecientes a grupos subculturales.

2. El médico etnógrafo: la formulación cultural de casos psiquiátricos en el hospital Puerta de Hierro de Madrid

Tras un reciente cambio de ubicación, el hospital Puerta de Hierro se encuentra actualmente en Majadahonda. Este hospital da cobertura al área 6, correspondiente al noroeste de Madrid;[137] su nacimiento se remonta a 1964. El motivo de su creación fue constituirse como Centro Nacional de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. En 1969, el hospital Puerta de Hierro se adscribió como hospital universitario a la recién creada Universidad Autónoma de Madrid.

En el Área de Psiquiatría, Luis Caballero lleva a cabo una aproximación, propia de la corriente psiquiátrica transcultural, basada en la FCCP. En la actualidad (2010), esta se desarrolla fundamentalmente en el marco de la investigación académica y de la formación y de la sensibilización a la atención sanitaria en la diversidad cultural. Su actividad principal en estos ámbitos se centra en un curso de doctorado sobre FCCP del Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid.

El origen de este curso bianual de doctorado se remonta a 1996, al igual que el nacimiento de la incorporación de la formulación cultural en algunas consultas del hospital Puerta de Hierro. Comprende el segundo semestre del año académico (aproximadamente de febrero a junio). El lugar en el que se impartía cuando realicé mi trabajo de campo en el antiguo hospital Puerta de Hierro es la sala principal de reunión del Área de Psiquiatría.

Los contenidos aplicados del seminario se basan principalmente en el análisis de estudios de caso realizados por Luis Caballero o por otras personas y publicados en revistas como *Culture, Medicine and Psychiatry*, o bien desarrollados por los alumnos en sus prácticas en este hospital u otros de la Comunidad de Madrid. Por lo general, los alumnos estudian psiquiatría en diversos períodos de su residencia o tras acabar la especialización, cuando trabajan en hospitales de Madrid. Durante mi estancia, además de los psiquiatras clínicos, una de las estudiantes era psicóloga y preparaba el PIR (psicólogo interno residente); en cambio, otra de ellas, portuguesa (la única de nacionalidad no española del grupo), era psiquiatra, pero se dedicaba a la investigación. El objetivo principal del curso es

137 Los pacientes de Aravaca, Moncloa y el Pardo quedan ahora adscritos a la Fundación Jiménez Díaz en la plaza de Cristo Rey.

adquirir habilidades con las que poder ampliar la atención de los pacientes desde un punto de vista holístico que comprenda las dimensiones biopsicosociales de los trastornos mentales, pero también profundizar en sus aspectos culturales. En este sentido, cabe destacar que los sujetos de estudio y de aplicación de la FCCP no son únicamente inmigrantes, extracomunitarios o comunitarios, sino que también se aplica a personas autóctonas.

El Área de Psiquiatría del hospital atendió, en el año 2008, a aproximadamente un 20 % de inmigrantes. De entre ellos, había un 20 % de magrebís, un 30 % de latinoamericanos (caribeños y procedentes de países andinos y del Cono Sur), un 15 % de pacientes de Europa del este, un 10 % de europeos comunitarios y el 25 % restante eran, principalmente, subsaharianos, asiáticos (filipinos, chinos y japoneses) y de otras nacionalidades (Entrevista personal a Luis Caballero, psiquiatra del hospital Puerta de Hierro, 2008).

Los pacientes que acuden a dicho servicio de atención en salud mental sufren padecimientos de características y grados diversos. La mayor parte hacen uso de las consultas externas. El internamiento en el Área de Psiquiatría, sección ubicada en la misma zona que las consultas externas, se destina principalmente a casos y brotes sintomatológicos agudos y solo está disponible en períodos de tiempo cortos y voluntarios.

En el hospital Puerta de Hierro, la práctica psiquiátrica basada en la FCCP y con un carácter transdisciplinario e intercultural ha nacido como respuesta frente a la necesidad, surgida en cuestión de unos pocos años en España, de trabajar con grupos etnoculturales diversos. Según su impulsor, no pretende erigirse en una praxis autónoma ni crear espacios segregados para la atención a las especificidades de la alteridad que constituyen (o en la que son constituidos como sujetos de intervención especializada) los inmigrantes, sino que trata de formar y sensibilizar en competencias y habilidades culturales, en la línea de la escuela norteamericana, a los profesionales sanitarios con el fin de mejorar la eficacia del diagnóstico y el tratamiento.

> Científicamente, nadie ha demostrado que hacer una formulación cultural digamos mejore la atención. Habría que diseñar estudios que mostrasen eso. Mi impresión es que la psiquiatría cultural es muy valiosa, en mi práctica clínica creo que me sirve mucho. Son atajos para entender cuestiones, para intervenir, y es una ampliación del foco de la mirada sobre las cosas muy necesarias. Hay cosas que sin la formulación cultural se quedan oscuras, no se entienden [...]. A veces lo que pasa es que hay muchos psiquiatras que definen muy li-

> mitadamente su ámbito de conocimiento, dicen: «A mí solo me interesa la psicofarmacología y desde ahí especulo... Bueno, yo creo que en la práctica la psiquiatría cultural no es más que buena psiquiatría. La psiquiatría mejora si introduces el elemento cultural. (Entrevista personal a Luis Caballero, 2008)

En esta apuesta teórica y práctica se considera importante, para una psiquiatría clínica de calidad, disponer de un mínimo de formación en competencias culturales y de capacidad y sensibilidad para tener en cuenta variables como la incidencia que la cultura o culturas del terapeuta y paciente pueden tener en el diagnóstico, en la relación terapéutica y en el proceso curativo.

Un elemento importante para nuestro análisis antropológico de la FCCP en el hospital Puerta de Hierro es el campo social desde el que las personas actúan e interpretan el conjunto de elementos materiales y simbólicos que constituyen la realidad de este, así como su papel y posición subjetiva e intersubjetiva. A este tenor, la cultura y la función mental es entendida aquí desde un punto de vista clínico, predominantemente biomédico, y haciendo hincapié en los elementos biológicos que las permiten emerger y configuran estas nociones; pero hay que tener en cuenta que la cultura no depende exclusivamente de la biología, ya que puede constituirse en un campo semiautónomo con respecto a esta. Desde este punto de vista, la adecuada definición de función mental (todavía por hacer) se despega de una consideración intrapsíquica y meramente neurobiológica, y es interpelada por la cultura y las diversas dimensiones que comprende.

> La función mental no es una función meramente neurobiológica, es una función que está en conexión con la cultura. La función neurobiológica humana ha creado un mundo exterior y ha transformado la faz de la tierra, porque la transformación de la tierra ha sido consecuencia del desarrollo del lóbulo frontal humano y, digamos, su mundo de necesidades, de deseos, está puesto en la cultura, en todas las tensiones, las creencias, las ideas políticas, el deporte, el arte y las estructuras de las sociedades. Entonces, no dispones de una definición de función mental que incluya desde la neurobiología evolutiva hasta el conocimiento de la antropología cultural y los distintos medios sociales que existen, [...] si existiese, podría permitir una definición de los trastornos mentales en los cuales claro que cabrían, pues, planteamientos menos reduccionistas que los actuales. (Entrevista personal a Luis Caballero, 2008)

A efectos clínicos, en esta praxis psiquiátrica la cultura se entiende como un sistema de significados que se enseña y se aprende, y que actúa como una plantilla de la experiencia con patrones de percepción, inter-

pretación y comportamiento objetivos y subjetivos. Este sistema de significados determina, por un lado, las cogniciones, los sentimientos y el concepto de *self* de los pacientes y, por el otro, los procesos de diagnóstico y de tratamiento psiquiátrico (Caballero, Tur y Sanz, 2005).

Desde esta perspectiva (de tipo transdiscisciplinar, ya que aplica algunas aproximaciones teórico-metodológicas de la antropología a la psiquiatría) hay dos herramientas importantes para tratar de abordar el diagnóstico y el tratamiento del paciente desde un enfoque que no sea reduccionista, estas son el dominio de habilidades antropológicas de tipo general, como el conocimiento de las teorías de la cultura, y la capacidad de aplicar el conocimiento etnográfico. Se trata de, como sostiene Bibeau (1997), conciliar dos vías principales en la imbricación de ambas disciplinas: por un lado, la idea que retoma Ulf Hannerz (1993) de que la psiquiatría necesita de estudios macroantropológicos del flujo cultural y la configuración de la cultura en los sistemas globales; por otro, la que sostiene Milton Singer (1991) sobre la prioridad de los estudios microantropológicos sobre el sentido y la semiótica de los mundos locales.

Para analizar la metodología de la aplicación del modelo de la FCCP en la consulta del hospital Puerta de Hierro de Madrid, debo remitirme al manual que articula su práctica. Este es, el *DSM-IV-TR* (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorder).

La FCCP en el manual diagnóstico DSM-IV

Si bien han existido otros compendios clasificatorios de los trastornos mentales como los *Feighner Criteria* o los *Research Diagnostic Criteria* (*RDC*), ninguno de estos ha tenido un impacto tan importante en la psiquiatría contemporánea como el *DSM-III*, el cual ha llegado más allá del contexto (norteamericano) para el que fue diseñado. Es interesante señalar que el *DSM I* y el *DSM-II*, nacidos en 1952 y 1968, respectivamente, fueron predominantes en orientaciones más próximas a los enfoques psicosociales y psicoanalíticos. En cambio, el *DSM-III*, publicado en 1980, marcó un giro hacia una perspectiva y estructura de tipo neokraepeliniano (Martínez, 2000: 252) con la desaparición del concepto de *neurosis* y la limitación del valor heurístico del concepto de *psicosis*; es decir, el biologicismo cobró mayor importancia. El *DSMR* y el *DSM-IV* continúan con esta estructura y perspectiva.

El *DSM-IV* posee una estructura multiaxial articulada por cinco ejes. Los dos primeros ejes están compuestos por categorías relativas a los trastornos psiquiátricos (demencia, depresión, fobias, trastornos de la personalidad, esquizofrenia, etc.) o al retraso mental; el tercero remite a las afecciones médicas del paciente. Los dos últimos ejes son explicativos del valor heurístico que se concede a los aspectos psicosociales en el manual; en ambos se considera la información psicosocial (por ejemplo, tensiones psicosociales y situación psicosocial) y ocupacional global del paciente. El valor diagnóstico de estos ejes está jerarquizado, por lo que el psiquiatra puede prescindir de los dos últimos; lo cual apunta a un cierto reduccionismo de los criterios clasificatorios de este manual en cuanto a la nosología y etiología del distrés.

A diferencia de sus anteriores versiones, el *DSM-IV*[138] presenta una relevante novedad relativa a la importancia que confiere a los factores culturales. Esto se refleja en un capítulo especialmente dedicado a la FCCP, este se divide en cinco apartados que el psiquiatra debe abarcar para su evaluación clínica:

1) La identidad etnocultural: En este apartado se llama la atención sobre la información de los grupos de referencia étnica y cultural asignados al paciente. La identidad se entiende de una forma híbrida y relacional, sus elementos fundamentales son la lengua (principalmente, su dominio o acceso a ella por parte del profesional), la religión y elementos subculturales relevantes asociados al género, la edad, las variables sociodemográficas, etc.

2) Las explicaciones de la enfermedad y la búsqueda de ayuda: Se refiere a los modelos explicativos de la enfermedad que abarcan la etiología, los procesos patológicos, el curso del trastorno, el tratamiento apropiado y la evolución esperable en un medio sociocultural dado.

3) El ambiente psicosocial: Determina las condiciones de vida del paciente y proporciona el sentido y las interpretaciones de la enfermedad. El clínico debe conocer las características del ambiente cultural del paciente y del significado que se da en él a la enfermedad mental para comprender el impacto que esta tiene sobre la vida del sujeto.

4) Relación entre el clínico y el paciente: Dado que el rol del sanador/médico difiere según los contextos culturales, todo clínico ha de ser ca-

138 El *DSM-V*, publicado en mayo del 2013, trata de desarrollar con más detalle los aspectos aplicados de dicha formulación cultural (para una discusión crítica de su aplicabilidad ver Aggarwal, Nicasio y Desilva, 2013).

paz de identificar y controlar su propia trayectoria etnocultural y cómo los pacientes de distintas culturas la perciben (transferencia cultural) para poder reaccionar a cada situación (contratransferencia cultural). Se llama la atención sobre cuestiones como percepciones y actitudes clínicas en las que puede subyacer el racismo o que pueden ser el reflejo de nociones de la cultura dominante, por lo que pueden comprometer la evaluación psiquiátrica y el cuidado terapéutico.

5) La evaluación cultural global: Trata de integrar todos los elementos pertinentes al contexto cultural, la identidad, la enfermedad y el contexto psicosocial del paciente en una formulación que enriquezca y oriente el diagnóstico y el tratamiento.

Según menciona el psiquiatra que lleva a cabo la FCCP en el hospital Puerta de Hierro y por lo que he podido observar a través de los testimonios de otros médicos, estos cinco apartados no suelen, por lo general, tomarse en cuenta en las consultas psiquiátricas de Madrid. Un ejemplo de ello (discutido en uno de los cursos y mencionado por algunos participantes en referencia a sus praxis y a las de sus colegas psiquiatras) es la transferencia y la contratransferencia. Esto tiene que ver con el itinerario profesional que conforma la praxis médica, lo cual incluye desde las agendas de actores que inciden en esta (especializaciones clínicas pagadas por empresas farmacéuticas que enfatizan en la capacidad de prescribir medicamentos, por ejemplo) hasta los ritos de paso que estructuran subjetividades y objetos de conocimiento (ver Good, 1994). Si en el encuentro clínico entre psiquiatra y paciente se invisibilizan el efecto de la transferencia y la contratransferencia de tipo psíquico y emocional en el diagnóstico, así como el tratamiento de la enfermedad y el seguimiento oportuno, de mayor forma sucede cuando remiten a la dimensión cultural.

> Hay aspectos de la transferencia y contratransferencia que son fundamentalmente culturales, que no se establecen en un plano individual. No es porque esta persona me recuerde, o me parezca o me caiga bien o mal, sino por la plantilla cultural sobre la que ese paciente se mueve y la plantilla cultural sobre la que se mueve el psiquiatra. Y ese tipo de elementos, cuando se contemplan en la práctica, se contemplan de una forma muy poco sistemática, de hecho, [es importante] simplemente que la formulación cultural llame la atención sobre eso, sobre que eso tiene valor clínico. (Entrevista personal a Luis Caballero, 2008)

3.1 Alcances y limitaciones de su operatividad clínica

Los 75 casos formulados (desde 1996 a 2007, correspondientes a este y otros servicios de psiquiatría de hospitales de Madrid) en el curso de FCCP que tiene lugar en el Departamento de Psiquiatría del hospital Puerta de Hierro de Madrid, ejemplifican los problemas más recurrentes y relevantes con los que se encuentran los profesionales en su relación con los pacientes migrantes: barreras con el lenguaje (principalmente con algunos de origen africano y oriental), dificultades en el diagnóstico de personalidad normal o patológica, errores críticos en el diagnóstico o en el tratamiento por factores culturales, limitaciones en el abordaje psicoterapéutico, aspectos complejos o inusuales de transferencia o contratransferencia, y farmacocinética o farmacodinámica inesperadas (ver Caballero, 2009). Según lo registrado en mi trabajo de campo, los psiquiatras atribuyen estos problemas principalmente a factores culturales y lingüísticos.

Estos son los datos sobre la procedencia de los pacientes cuyos casos se formularon culturalmente: 30 de África (22 de Marruecos, 3 de Liberia, 1 de Guinea Ecuatorial, 1 de Costa de Marfil, 1 de Senegal, 1 de Túnez y 1 de Nigeria), 27 de Europa (22 de España, 2 de Rumanía, 1 de Escocia, 1 Lituania y 1 de Italia), 14 de América Central y Sudamérica (4 de Colombia, 3 de República Dominicana, 2 de Argentina, 2 de Ecuador, 1 de Guatemala, 1 de Perú y 1 de Uruguay) y cuatro de Oriente Medio y Asia (2 de Irak, 1 de China y 1 de Irán). La elevada proporción de marroquíes tiene que ver con el interés que, desde el punto de vista investigativo, generan los idiomas del distrés de estos pacientes en los psiquiatras españoles.

Como veremos después analizando una formulación cultural en particular, en el caso de los 22 pacientes españoles se consideran la variable rural/urbana y las minorías étnicas españolas, como los gitanos (Caballero, 2009). Los 75 casos formulados culturalmente en el hospital documentan algunas problemáticas, observadas por los psiquiatras de origen español que los llevaron a cabo, relativas al padecimiento mental de los pacientes migrantes o autóctonos que tienen que ver con las consecuencias de las identidades híbridas; el sincretismo de los modelos explicativos del padecimiento; los factores religiosos (particularmente aquellos asociados con el Islam y el Catolicismo); otras influencias culturales como las creencias no religiosas que involucran miradas seculares, políticas y científicas; circunstancias históricas específicas como la transición de la dictadura a la democracia en la década de los setenta, o las subculturas

españolas particulares relativas a la juventud, la droga o grupos sociales y políticos específicos. A su vez, se incluyen pacientes con diagnósticos específicos de las culturas occidentales (como la fibromialgia, el síndrome de fatiga crónica, los trastornos alimenticios) o el rol de diagnósticos tradicionales en Europa no definidos en el *DSM-IV* (por ejemplo, la psicosis disociativa). En algunos casos (pocos, comparativamente), se analizaron los elementos culturales del sistema español de atención sanitaria, incluyendo el impacto en la atención de la orientación teórica de los psiquiatras y otros factores culturales locales relacionados con esta (Caballero, 2009).

Es interesante destacar que la mayor colección de FCCP en la literatura médica internacional comprende los casos de 21 pacientes y se publicó entre junio de 1996 y finales del 2007 en *Culture, Medicine and Psychiatry*. A pesar de este esfuerzo pionero, esta serie está limitada clínica y culturalmente. De los 21 casos, 13 son de Estados Unidos (7 de asiáticos-americanos, 4 nativos americanos y 2 puertorriqueños), 3 de Australia (migrantes asiáticos), dos de Indonesia (de Java y otro de Bali), uno de Malasia (Borneo), otro de Canadá (un migrante marroquí) y uno de Suiza (un migrante turco). La mayoría son pacientes de países no occidentales (principalmente asiáticos) que migran a países de Occidente (Estados Unidos en su mayoría). Ninguno es nativo de Occidente (excepto los nativos americanos) y en casi todos los casos se enfatizan aspectos de la cultura migrante de origen. Son significativos los factores culturales o subculturales, las relaciones con los países de acogida y los aspectos para la salud mental involucrados; sin embargo, se omiten o se tratan con menor detalle. Además, la serie no incluye ningún diagnóstico cuyos aspectos culturales estén relacionados con las sociedades occidentales (fibromialgia, fatiga crónica, etc.) o que afecten a niños o ancianos (Caballero, 2009). Este sesgo denota ciertas derivas de la mirada clínica cuando se trata de abordar lo cultural, bien por omisión, aceptando las categorías dominantes en la sociedad y su inscripción en las representaciones técnicas del clínico, bien *ex profeso*, en una suerte de sensibilidad hacia la alterización de lo cultural como categoría reduccionista y operativa.

Desde el punto de vista de algunas de las problemáticas en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento derivadas de la relación terapeuta-paciente-institución, pude observar, entre otros, un ejemplo concreto que remite a la naturalización de ciertas categorías dominantes en la sociedad articuladas con la trayectoria personal y profesional del psiquiatra. Se trata del sesgo en el diagnóstico y tratamiento basado en los estereotipos del

profesional con respecto a los miembros de ciertos grupos culturales; es el caso de la atribución de conductas y cogniciones a personas a las que se les adscribe una identidad cultural en función del país del que migraron, su clase social y su género.

Estos son algunos de los estereotipos que pude documentar en el discurso de ciertos médicos en hospitales psiquiátricos de Madrid y Bruselas: los marroquíes son celosos, posesivos, machistas, desconfiados y tienden a padecer delirios paranoides. Las personas procedentes de países del Este no expresan su padecer hasta que es muy grave, por lo general son fríos y contenidos, lo cual provoca una alerta por la legitimidad de la expresión del padecer (no simulan ni exageran) en aquellos médicos que presencian síntomas que requieren una demanda de atención. Algunas de estas cuestiones las desarrollaremos, con mayor detenimiento, en el análisis de la praxis etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann.

Con el fin de entender la aplicabilidad de dicha praxis y sus particularidades y alcances en la relación terapéutica de carácter intercultural, menciono a continuación dos estudios de caso trabajados durante los seminarios en el hospital Puerta de Hierro. Uno se publicó en la revista *Culture, Medicine and Psychiatry* (Lemelson y Suryani, 2007) y se refiere a un caso de posesión *ngeb* en Bali. El otro se publicó como *Formulación cultural de casos psiquiátricos DSM-IV-tr en la clínica* (Caballero, Tur y Sanz, 2005); se desarrolló en el mencionado seminario y trata de un adolescente español que vive en una ciudad dormitorio de Madrid. El caso del adolescente español revela aspectos de interés clínico y etnográfico para la terapéutica intercultural ya que no es necesario considerar como eje de análisis la variable de la procedencia extranjera (con unos modelos explicativos del padecer exotizados) al abordar cuestiones como el efecto cultural de la variable rural/urbano y de los grupos subculturales juveniles; al mismo tiempo, hace patente una interesante visibilización de la implicación de los elementos culturales subjetivos del psiquiatra en la relación terapéutica.

En este sentido, la referencia a los supuestos implícitos desde los que parte la praxis clínica es relevante en la FCCP de carácter etnográfico que realiza el psiquiatra. Dichos supuestos tienen que ver con su trayectoria sociocultural y se vinculan analíticamente a la contratransferencia experimentada en el proceso de diagnóstico y seguimiento en la consulta. En este caso, la localidad desde la que opera la biomedicina (y su pretensión universalista) deviene mediadora del proceso salud-enfermedad-atención/prevención y rotura representaciones técnicas y praxis clínicas en el

marco del modelo biomédico hegemónico, lo cual facilita, en el mejor de los casos, la operatividad y eficacia curativa de la consulta. Como mencionan Eisenberg y Helman, las categorías biomédicas influyen en la experiencia subjetiva del padecer; y viceversa (HELMAN, 1978).

Por otro lado, destaca la manera como se presenta la narrativa relativa al distrés del paciente, en el caso publicado por Caballero, Tur y Sanz (2005), en un marco explicativo que remite al cuestionamiento del poder de la psiquiatría desde una posición próxima a la antipsiquiatría. A través de un análisis etnográfico interesado en evidenciar su semiótica local, el psiquiatra considera este marco de análisis como significativo para el encuentro clínico, si bien, por la intencionalidad ulterior de legitimación del texto, ejemplifica la necesidad del triunfo de una psiquiatría adaptada y reflexiva en un mundo complejo de resistencias a sus praxis. Es decir, el posicionamiento antipsiquiátrico del paciente con respecto al proceso s-e-a/p no es otra cosa que una resistencia a la eficacia curativa del dispositivo biomédico. En este caso, la psiquiatría, como hace la antropología con sus categorías fundadoras, defiende los campos sociales y de conocimiento en y contra los que se consolida.

Desde una perspectiva antropológica menos autoetnográfica, la formulación cultural en el caso de Bali trata de abarcar dimensiones del distrés que van desde la médico-biológica hasta la sociohistórica y política en el relato etnográfico. El eje analítico es la economía política del síndrome ligado a la cultura denominado *ngeb*, se parte de la historiografía de su etiología en el contexto del alzamiento de Suharto en Indonesia, apoyado por diversas potencias occidentales, y la brutal represión política a aquellas personas sospechosas de ser contrarias a su régimen, a las cuales se calificó de comunistas. Se estima que, entre 1965 y 1966, milicias paramilitares respaldadas por el ejército asesinaron sistemáticamente entre 500 000 y 1 000 000 de personas.[139]

El cuadro clínico del paciente no se circunscribe única y exclusivamente a una mirada biomédica organicista e individualizante, ni cultural y esencialista basada en estereotipos. Con una estructura que se ciñe a los apartados del *DSM-IV* descritos con anterioridad, traza un recorrido que abarca los diversos factores etiológicos que desencadenan la sintomatolo-

139 Dos interesantes documentales de Joshua Oppenheimer muestran la brutalidad de la represión política y la impunidad hasta la fecha existentes en Indonesia: *The act of killing* y *The look of silence*.

gía del paciente, subrayando la importancia del contexto sociocultural e histórico, el cual proporciona en última instancia la plantilla sobre la que se configura la significación y vivencia del padecer.

Si desde un análisis universalista biomédico canónico se pueden atribuir factores etiológicos orgánicos y, en menor medida, psicosociales de tipo individual, la formulación cultural en este caso amplia el espectro explicativo del distrés hasta imbricar los modelos interpretativos del paciente (posesión por un espíritu) y los del médico (posible esquizofrenia) en un marco contextual compartido, en este caso, por toda una generación. Este es el de la aparición del llamado *ngeb*: un estado de aislamiento, mutismo y evitación social representado en la sociedad balinesa por la visión y posesión de espíritus, que tuvo su origen en el mencionado alzamiento de Suharto en 1965 y la brutal represión política. El relato etnográfico traza un camino etiológico del padecimiento y su sintomatología desde lo individual a lo colectivo y lo articula con una dimensión política: desde lo ahistóricamente cultural o biológico hasta la ampliación explicativa del sufrimiento en la supresión de la memoria social a través de la represión y del terror generado por el régimen de Suharto, causada principalmente por el impacto postraumático de haber presenciado la matanza de vecinos y familiares, así como de temer por la propia vida.[140] Este enfoque, al mismo tiempo, problematiza las reificaciones culturales de la etiología del padecimiento dominantes en diversos estudios sobre los síndromes ligados a la cultura.

A continuación, discutiremos la relación actual de la FCCP con la praxis clínica y las implicaciones que sus usos e instrumentalizaciones puede tener a partir del caso específico del hospital Puerta de Hierro.

140 Desde este punto de vista, el *ngeb* consiste en una relación con los espíritus que permite al afectado sobrevivir y compensar los estados de sufrimiento; pero, principalmente, constituye una forma de protesta política, un mutismo contra un régimen de terror.

4. De la formulación cultural de casos psiquiátricos a la formulación cultural de la praxis psiquiátrica

A partir del estudio sobre la articulación entre la clínica psiquiátrica y los recursos etnográficos, considero que la práctica de la psiquiatría cultural se sitúa en dos ejes de análisis que constituyen límites paradigmáticos con efectos diversos en el campo terapéutico:

1) El *eje conservador disociativo*: Promueve la incorporación del elemento cultural a través del traslado transdisciplinar de la etnografía en la praxis psiquiátrica mediante la separación entre la praxis clínica y la investigativa. Esto es, realiza una formulación de casos psiquiátricos basada en casos culturalmente relevantes y toma en cuenta la articulación de otras variables (como las sociopolíticas) en el proceso s-e-a/p, y desarrolla una praxis medicalizadora y organicista[141] (o culturalista) a partir de representaciones esencialistas de la cultura y de la escisión de la dimensión investigativa del espacio de la consulta.

2) El *eje crítico integrativo*: Propone la consideración de la psiquiatría biomédica como una cultura, relativizando su corpus de modelos explicativos del proceso s-e-a/p y sus praxis clínicas para obtener una mejora en la eficacia terapéutica. Este eje se sitúa en un marco codificado por el universo cultural organizativo y profesional hegemónico, pero desde una perspectiva crítica que busca su posible transformación; dicho de otro modo, propone una formulación cultural de casos psiquiátricos de tipo investigativo, con alcances en la praxis clínica, que considera la formulación cultural de la praxis psiquiátrica.

4.1 Etnografía y biomedicalización en la praxis clínica: el eje conservador disociativo

En ambos ejes encontramos una dimensión ideológica y otra material. La dimensión material es la consulta médica, sus condiciones culturales organizativas, normativas y físicas. La dimensión ideológica, en el eje conservador disociativo, remite a una psiquiatría cultural, acrítica, con el fin de legitimarse afianzando el modelo hegemónico biomédico como

141 Ver la crítica de Pussetti (2010), en Portugal, a este tipo de disociación en la clínica transcultural; también la realizada, con respecto a la FCCP en el hospital Puerta de Hierro de Madrid, por Comelles (2007).

praxis dominante y referencial en la apropiación transdisciplinaria. Una psiquiatría, pues, que se convierte en un anexo de las nociones, prejuicios y actitudes estereotipantes y hostiles de la relación biomédica con la alteridad. Se trata de suavizar la visibilización, epistémica y metodológica, de los límites que conlleva una mirada predominantemente medicalizadora e intrapsíquica. Además, aborda los efectos en la gestión de las conductas y la delimitación paradigmática entre *normal* y *anormal*, desde una perspectiva esencialista interesada por aquello que comprende significaciones y representaciones autónomas y de corte exotizante en el *pasaje evolucionista del paciente* en la relación terapéutica.

Desde esta dimensión ideológica, la psiquiatría interpelada por la alteridad evidencia la articulación de la eficacia terapéutica con el poder ejercido en la configuración de las representaciones y praxis del modelo médico hegemónico y sus culturas organizacionales de cuidados. Esto es, naturaliza el fracaso clínico (y sus efectos iatrógenos) y lo convierte en patología, o bien en un juicio moral relativo a la cultura del usuario o a su inexcusable inadaptación como alteridad. De esta manera, se refuerza la concepción unívoca del corpus homogéneo de la psiquiatría sedimentado por la cientificidad y, en este caso, se afina gracias al instrumento etnográfico que evidencia las localidades del otro invisibilizando las propias a través de la universalización.

En el ámbito de la universalización terapéutica, la psiquiatría, reactualizada en su dimensión cultural a través de recursos como la FCCP, ha pretendido atender en cualquier contexto a cualquier persona, al igual que otras terapéuticas. Ciertos autores (como Brody, 1997, en Caballero, 1999) sugieren propuestas de análisis cultural sobre cuestiones como el impacto de las tecnologías biomédicas y las posibilidades de aplicación de la psiquiatría a la resolución no violenta de conflictos, así como otros asuntos relacionadas con las poblaciones marginales, los refugiados, los problemas psiquiátricos asociados al trauma y la tortura, etc.

El riesgo de este eje estriba en su aspiración a reconstituirse en una suerte de ciencia social psiquiátrica que, como hacía la medicina colonial en los trópicos o en Europa a través de corrientes como la higienista, desempeñe un papel de microingeniería social en la constitución de lo definible y abordable como específicamente psiquiátrico, así como en la consiguiente apropiación (y no reconocimiento) de saberes producidos por los conjuntos sociales en otros contextos. En este caso, se retoman las habilidades etnográficas que tuvieron los médicos en los siglos XIX y XX

(Comelles, 1997) mediante el uso de marcos teórico-metodológicos de la antropología (una perspectiva transdisciplinaria). Esto sucede al cuestionar ciertos elementos inherentes a la praxis médica (como la trayectoria profesional y sociocultural del psiquiatra) y relegar a una posición periférica las condiciones materiales e ideológicas de producción de las praxis psiquiátricas (lo cual incluye a la FCCP) determinantes de la imposición de agendas medicalizadoras o de consideraciones teóricas complejas de la cultura entendida como dinámica y relacional; pero significadas desde un esquema interpretativo esencialista en una praxis clínica cuya configuración está hipotecada por el tiempo y obviada por la ideología.

Antes de pasar a la dimensión ideológica del eje crítico integrativo, me referiré al escenario material en cuyas condiciones y disposiciones organizacionales se articula la praxis psiquiátrica y su vertiente etnográfica: el marco de la consulta clínica.[142] En concreto, trataré brevemente tres aspectos de la consulta psiquiátrica en el hospital Puerta de Hierro, compartidos también por otras consultas hospitalarias de la ciudad: La influencia que en la trayectoria profesional (ver Freidson, 1978) del psiquiatra ejercen las empresas farmacéuticas en los pasillos y consultas del hospital; la ausencia de traductores e intérpretes (o mediadores interculturales) lingüístico-culturales y el limitado tiempo disponible para cada consulta. Ello se hará considerando la dimensión material como un elemento condicionante de la praxis médica en uno de los dos ejes analíticos relativos a la conservación o transformación del modelo hegemónico biomédico y del maridaje con ciertas aproximaciones etnográficas.

142 El cambio que acaba de realizarse en la ubicación del hospital da lugar a una nueva cobertura con distinta población, así como a una reconfiguración del espacio. Del mismo modo, factores como la introducción de la gestión privada en el nuevo hospital probablemente jueguen un rol, que se visibilizará con el tiempo, en la modificación de las condiciones en las que el personal sanitario desarrolla su trabajo, así como en la mayor o menor capacitación y adecuación de camas, medios y servicios para la atención a los pacientes.

4.2 Las agendas farmacéuticas, la ausencia de intérpretes y el espacio y tiempo de la consulta

Durante mi trabajo de campo en las áreas de psiquiatría y psicología de diversos hospitales y asociaciones en España, en entrevistas y conversaciones informales, he presenciado cómo los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental criticaban las limitaciones de la formación psiquiátrica, ya que no aportaba nociones mínimas de procesos básicos como la abreacción, la contratransferencia o la transferencia. Esto, desde su punto de vista, se atribuye al sesgo de la formación producido por la influencia de las agendas de las empresas farmacéuticas, a través de la financiación formativa (cursos o másteres) e investigativa (congresos). Hay que tener en cuenta que la trayectoria formativa de los psiquiatras españoles está marcada por el paso de estudiar medicina general a la formación en la especialidad psiquiátrica mediada por las agendas mencionadas. La posición periférica que ocupa la psiquiatría en el panorama de las especializaciones médicas coadyuva, según los testimonios documentados, a la influencia de dichas agendas, con lo que se refuerza la estructuración de la mirada profesional a través de la demarcación biológico-organicista y se excluyen praxis y representaciones consideradas pertenecientes a un ámbito especulativo (por ejemplo, el psicoanálisis).

En mi trabajo de campo en el curso de FCCP impartido en la Área de Psiquiatría del hospital Puerta de Hierro, mientras esperaba la llegada de los compañeros y el inicio de las sesiones en el pasillo del Área de Internamiento y Consultas Externas, fui testigo de la presencia de la industria farmacéutica en el día a día de los médicos. En prácticamente todas las ocasiones en las que acudí al curso, observé a trabajadores de las empresas farmacéuticas (coloquialmente llamados *farmas* por los médicos y pacientes) abordando a los profesionales en los pasillos o saliendo de los consultorios de psiquiatría.

Como pude observar, no solo se dirigían a aquellos médicos con apariencia de médico, es decir, los que vestían el uniforme; tenían también una gran intuición para abordar a los jóvenes estudiantes que hacían sus prácticas o residencia, o bien asistían a un curso. Me preguntaba si ya los conocían con anterioridad o poseían un finísimo olfato que los hacía distinguir entre posibles médicos, enfermeros, pacientes o familiares de pacientes.

En dos de aquellas ocasiones (en la primera estaba sentado junto a los familiares de un paciente y en la segunda, solo) los trabajadores de las empresas farmacéuticas me preguntaron si era médico. En el segundo abordaje mencioné que investigaba en el campo de la salud mental y entablé una conversación con una mujer española de unos 38 años sobre el poder que tenían las empresas farmacéuticas. Le pregunté sobre la fiabilidad de ciertos medicamentos de nueva generación (su eficacia y sus efectos no deseados) frente a otros ya validados, por el psiquiatra, con un paciente concreto a quien le resultaban adecuados para el tratamiento y la remisión de sus problemas. Ella dijo, tratando de persuadirme sobre la importancia de su trabajo para la mejora del proceso de atención, que pasaban por controles minuciosos que permitían su uso y lo recomendaban. Insistí en el caso del hipotético paciente que ya utilizaba un tipo de medicamentos y le daban resultado, me contestó que la única forma de saber si eran mejores o no, incluso en esos casos en los que era adecuado un tratamiento *antiguo*, era convenciendo a los médicos para que los utilizaran y se reactualizasen (¿los pacientes no tenían voz ni voto en esto?). Antes de que pudiésemos concluir la conversación, llegaron dos jóvenes médicos vestidos de paisano, yo los conocía de otras ocasiones, y la situación cambió radicalmente; la trabajadora de la farmacéutica dejó de interesarse en nuestra plática y estableció contacto con los médicos (quizá intuyó que mi perfil profesional era otro). En el preámbulo de su despedida, me dijo con orgullo que la industria farmacéutica tenía tanto peso en EE. UU. que quitaba y ponía presidentes. En el ámbito de la praxis psiquiátrica en España, Ruiz (2010) ofrece un estudio ilustrativo del conflicto de intereses entre la industria farmacéutica y el código deontológico que guía la praxis médica.[143] En el caso de Bélgica, análogo al español por la preocupación que suscita dicho conflicto, Laperche, Krings, Leroy *et alii* (2008) mencionan un ejemplo representativo de la injerencia con ánimo lucrativo de las firmas farmacéuticas que contraviene la operatividad de la intervención médica:

> Estamos en la sala de operaciones. En un momento dado, el cirujano le dice a una enfermera que vaya a buscar un instrumento especial; esta lo hace y abre el embalaje esterilizado del objeto. El doctor toma el objeto y le pregunta a su asistente si ha oído hablar de este nuevo instrumento de uso único que

143 Para saber más sobre la situación del conflicto de intereses de los médicos en su relación con las farmacéuticas, ver Consejo General de Colegios Médicos (octubre del 2005) y Colegio médico (junio del 2006).

> cuesta 300 euros. Le dice que está totalmente inadaptado, que es inútil. Lo demuestra sirviéndose de él 5 minutos para operar. Efectivamente, tiene pinta de ser menos práctico y más lento que el clásico bisturí eléctrico utilizado con anterioridad. El cirujano tira el aparato. El médico que realiza las prácticas de la especialidad le pregunta por las razones que lo han llevado a utilizar este material oneroso sabiendo de su inutilidad. El cirujano responde que debido a un «acuerdo con una firma», está obligado a probar que ha utilizado como mínimo algunos cada mes. (Laperche, Krings, Leroy *et alii.*, 2008 [Traducción propia])

Desde hace unos años, el Área de Psiquiatría del hospital Puerta de Hierro trata de incorporar a mediadores interculturales para solventar barreras como las de tipo lingüístico y cultural.[144] La dimensión lingüística/idiomática está relacionada con la práctica cultural hegemónica en psiquiatría focalizada en la dependencia del discurso (o capacidad comunicativa) del paciente o de sus acompañantes para llevar a cabo el diagnóstico y tratamiento. Asimismo, también se ve afectada por la procedencia sociocultural de los psiquiatras (españoles) y su desconocimiento de las lenguas mayoritarias habladas por los pacientes.

Algunos de los problemas relativos a la entrevista terapéutica, la elaboración de un diagnóstico, el seguimiento del tratamiento y la participación del paciente en el proceso son a) la mala comunicación debida a la inexistencia de una lengua lo suficientemente compartida (por terapeuta y paciente) como para ser operativa;[145] b) la variación en el vocabulario y la divergencia entre un lenguaje médico experto y otro profano en términos de comprensibilidad, pero también de poder en cuanto a la legitimación que se le atribuye al profesional (ver Jordan, 1993), y c) la polisemia de un mismo término o concepto en una misma lengua, cuyo significado está condicionado por contextos culturales de enunciación y referencia diversos (Muñoz, 2015).

Según lo que he podido investigar, en contextos clínicos de atención en salud mental (y en otras áreas hospitalarias y de primer nivel) en Bélgica y España, la mediación intercultural propone diversas intervenciones para los problemas que pueden surgir en las mencionadas situaciones clínicas de multiculturalidad significativa:

144 Para el caso, en salud mental, del hospital Val de Hebrón de Barcelona, ver Collazos y Qureshi (2010).

145 Ver, entre otros, De Muynck (2004).

a) Intermediación lingüística/cultural: Además de la propia labor de traducción e interpretación lingüística, se trata de interpretar y crear una intersección entre las concepciones culturales relativas a la salud-enfermedad-atención (modelos explicativos de la etiología, el síntoma o la atención, etc.), que poseen y escenifican los actores con trayectorias socioculturales diversas en los servicios de atención en salud.

b) Promoción de una atención sanitaria igualitaria y sensible a la diversidad cultural: Incluye aspectos como la formación del personal sanitario en competencias culturales e interculturalidad, o bien la promoción en salud e información de la cultura biomédica y la idiosincrasia del sistema médico/administrativo local de atención al paciente.

c) Defensa del paciente: Defienden a los pacientes procedentes de minorías étnicas y culturales, como señalan Kaufert y Koolage (1984); hablan en su nombre, y abogan por sus principales intereses y demandas como usuarios (Muñoz, 2013*b*).

Si bien la mediación intercultural se revela como un mecanismo eficaz para la lucha contra la desigualdad en el acceso al sistema de salud; en la actualidad (2015), las administraciones públicas no parecen estar dispuestas a invertir en este campo y están recortando en servicios pioneros de mediación intercultural en la Comunidad de Madrid que tenían una trayectoria y desempeño notables en diversas áreas, como la sanitaria.

Al peso de la presencia de las agendas farmacéuticas en la formación y la praxis clínica de los psiquiatras, y a la ausencia de traductores, intérpretes, mediadores y competencias culturales se les une la poca duración de las consultas. Se estima que deben durar cinco minutos, con agendas asistenciales en ocasiones menores a 10 minutos (ver Consejo General de Colegios Médicos, enero del 2008), para poder atender a todas las personas que solicitan el servicio. Esto no facilita la puesta en práctica de conocimientos sobre psicodinámica o competencias culturales; en cambio, sí favorece la concepción de la praxis médica como un dispensario de medicamentos. Recupero el testimonio de dos compañeras psiquiatras que asistían al Curso de Doctorado de Psiquiatría Cultural; estábamos hablando de la dificultad de considerar factores socioculturales en la etiología de la enfermedad y dijeron: «Lo más problemático de todo esto son las condiciones de tiempo y precariedad en que se trabaja, las cuales no te dan tiempo a prestar atención a las cosas importantes».

La configuración del espacio y la relación diádica de la atención médica (es decir, la privacidad del consultorio) contribuyen también a he-

gemonizar una praxis cultural psiquiátrica basada en la relación desigual de poder y la falta de supervisión del *ars medica*, por ejemplo, al negociar otras aproximaciones terapéuticas o tener un mayor control sobre las mediaciones y consecuencias de la transferencia y contratransferencia psíquica o cultural en la relación médico-paciente-institución. A su vez, el confinamiento espacial del psiquiatra, que no conoce el contexto de vida del paciente ni los factores que pueden incidir en el padecimiento y su variabilidad de significados, condiciona la inferencia clínica (para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento), desde los datos obtenidos durante un breve encuentro en la consulta. Por ende, resulta fácil sobredeterminar biológicamente los signos y síntomas en función de la distancia cultural o social que media entre el psiquiatra y el paciente.

En estas condiciones señaladas, una FCCP a priori enriquecedora (en términos clínicos) en la praxis psiquiátrica puede derivar en el mencionado abordaje basado principalmente en el uso de psicofármacos o en la reducción taxonómica de los conocimientos culturales, en una suerte de racionalidad pragmática en el nombre de la imposición de las urgencias y condiciones del campo terapéutico.

En otro encuentro que tuvo lugar durante las sesiones del curso en las que se retomaba el eje temático de la consideración de los factores socioculturales en la etiología del padecimiento, una compañera mencionó que en su práctica clínica los psicofármacos funcionaban a menudo, pero a un nivel superficial, puesto que no atajaban la verdadera causa de la enfermedad, que en muchos casos era de orden social. Un paciente le expresó en la consulta: «Mis síntomas aparecieron cuando me quedé sin casa, lo que yo necesito para curarme es una casa». A este tenor, sería tan limitada una perspectiva biologicista reduccionista que pretendiese exonerar al paciente del manejo de su problemática al reducir la etiología de su padecer a la mayor o menor existencia de litio en su organismo como una perspectiva culturalista que esencializase a la persona y tratase de explicar sus conductas y expresiones mediante su adscripción a una noción de cultura reificadora y autoculpabilizante.

En la actualidad, la FCCP no es una práctica sistemática, al margen de ciertas aportaciones que veremos a continuación, debido a sus limitaciones. Como señala Luis Caballero (entrevista personal. 2008), la FCCP hoy en día es un epígrafe poco desarrollado de la psiquiatría clínica cuyo uso resulta excepcional; principalmente, hay que destacar la incompatibilidad entre el tiempo que requiere para llevarla a cabo y el tiempo del

que se dispone en las consultas. Por otro lado, aunque se han propuesto modelos de exploración —similares a la entrevista psicodinámica o la entrevista y exploración psicopatológica adaptada (Caballero y Obiols, 2002, en Caballero, 2007)—, el clínico no dispone de métodos e instrumentos de exploración rápidos y específicos aceptados por todos. De igual modo, resultan limitadoras la heterogeneidad conceptual e ideológica de los estudios culturales, la potencial falsa dicotomización entre lo considerado *cultural* y lo *no cultural* (Alarcon 2004, en Caballero, 2009) o la inexistencia de un nexo, aceptado por la comunidad, entre la FCCP y la formulación clínica y biológica de los casos psiquiátricos[146] (Caballero, Tur y Sanz, 2005). Veremos a continuación el eje analítico de la FCCP, el cual hemos denominado *crítico integrativo* y que se opone dialectalmente al eje conservador disociativo.

4.3 Etnografía y transformación de la praxis clínica: el eje crítico integrativo

La dimensión ideológica del eje de análisis *crítico integrativo* es la que concibe, en línea con lo mencionado por Brody (1997) o Luis Caballero (entrevista personal, 2008), la formulación cultural de casos psiquiátricos como la práctica de una buena psiquiatría capaz de obtener mejores resultados en el ámbito clínico, minimizando efectos no deseados contrarios a la curación y fomentando la adquisición de autonomía en los pacientes. Esto, según Brody, implica inevitablemente la concepción de que lo cultural y lo social son inseparables, lo cual conlleva la apertura crítica de las nociones y limitaciones de la psiquiatría dominante en un ejercicio de cuestionamiento que permita, en sintonía con la propuesta de Moisseeff (1997), efectos de transformación en la práctica psiquiátrica. De esta manera, en la praxis clínica se pueden incluir elementos como la consideración biopsicosocial (y, añadiremos, política) del malestar por medio de la elucidación que permite una mirada cultural ni reductiva ni

146 Cabe mencionar que algunos de estos puntos son cuestionables, ya que podrían aplicarse por igual a una formulación clínica y biológica. Por otra parte, a lo largo de los años se han desarrollado diversas propuestas e instrumentos para la evaluación cultural de casos clínicos como el IGDA —IGDA Workgroup, IGDA Introducction, Br Psychiatry 2003 (ver Caballero, 2007)—. En la actualidad, el *DSM-V* ha incorporado algunos cambios en la FCCP (ver Aggarwal, Nicasio y Desilva 2013).

esencializadora, así como el análisis reflexivo y relativizador de la cultura biomédica en la que se instauran la praxis médica y el terapeuta. Desde esta perspectiva, lo que surge tras una problematización de la falta de eficacia del modelo occidental con los pacientes de origen extranjero, así como de la hipotética relación entre hibridación y mestizaje de trayectorias y culturas, y salud mental en un mundo globalizado, puede resultar en una mejora de la praxis psiquiátrica que permita interpelar la no siempre cómoda ni sencilla relación entre lo cultural y lo estructural, lo público y privado, lo individual y colectivo. A este tenor, la corriente británica de psiquiatría transcultural se revela de gran interés, ya que apuesta por un abordaje del sufrimiento psíquico desde un punto de vista holístico que aúna la variable cultural con las condiciones sociales y económicas, así como con las deficiencias en la accesibilidad a los recursos sanitarios y los procesos que inciden en un diagnóstico erróneo del colectivo de inmigrantes (Littlewood y Lipsedge, 1997). Ahora bien: ¿cómo se puede evitar separar la concepción teórica de la praxis médica de sus condiciones de operatividad?

Desde la problemática que en este libro analizamos (la situación de las praxis estudiadas en el eje del universalismo biomédico y el relativismo cultural), consideramos que la FCCP en el hospital Puerta de Hierro de Madrid se ubica en el modelo hegemónico del universalismo biomédico; y su relativización cultural la sitúa en la dialéctica de los ejes conservador disociativo y crítico integrativo. Pese a no ser un método de intervención específico, al margen de un uso puntual, su perspectiva transdisciplinaria e intercultural permite ciertas aportaciones en la praxis psiquiátrica. Veremos a continuación en qué consisten.

5. Más allá del Robinson Crusoe patogénico: aportaciones a la praxis psiquiátrica

A partir de la generalización analítica del caso estudiado del hospital Puerta de Hierro de Madrid, dividiremos en tres las aportaciones potenciales que puede suponer cierto uso de la FCCP, en el ámbito investigativo y clínico, para la práctica psiquiátrica:

1) La indagación en la trayectoria cultural y profesional del terapeuta: La FCCP permite una potencial exploración en los rituales y pasajes formativos y profesionales del psiquiatra, los cuales son idiosincrásicos y

diferentes de otras especializaciones médicas. El ejercicio de objetivación y relativización de la cultura biomédica y su representante (el médico) ofrece la posibilidad de abordar, además de la personalidad del terapeuta, las culturas e identidades que lo conforman y significan; desde (y contra) las que actúa en su praxis clínica. A su vez subraya el valor clínico de la subjetividad del psiquiatra en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento del paciente (ver Caballero, 2009). Lejos de ser una variable disruptiva en la relación médico-paciente-institución, constituye un valor fundamental para entender la diversidad de manifestaciones de la conducta humana y sus escenificaciones en el marco de la consulta. Del hecho objetivo observado científicamente y con carácter universal, se pasa al modelo interpretativo, dinámico y particularizable en los contextos y culturas desde los que los sujetos actúan y significan sus praxis.

2) La sensibilización a la atención sanitaria en la diversidad cultural: Como hemos analizado en el caso del hospital Puerta de Hierro, la concepción de la diversidad cultural se refiere no solo a aquella que representan las personas de origen extranjero, sino también a la de los autóctonos. La FCCP permite sensibilizar a los psiquiatras sobre los diversos itinerarios socioculturales que los pacientes tienen y la importancia de visibilizar y erradicar las barreras y prejuicios que se presentan al encontrarse diversos modelos explicativos del proceso s-e-a/p. Aquí se incluye el conocimiento de situaciones específicas que pueden incidir en el desarrollo del padecer y su tratamiento, como es el caso del síndrome de Ulises u otros problemas derivados de la violencia estructural (en términos de Galtung, 1996, y Farmer, 2003); así como el estrés adaptativo en el caso de los migrantes o los contextos sociales y las situaciones históricas (y su manifestación en la interacción con las instituciones de salud o en los idiomas del distrés) que viven ciertas minorías étnicas autóctonas o colectivos sociales. En este caso, además de la sensibilización por diversos medios, como los seminarios, se proponen recomendaciones específicas, fruto del trabajo de investigación académica, para integrar los factores culturales en la práctica clínica (Caballero y Obiols, 2002, en Caballero, 2007), evitar errores en el diagnóstico y lograr tratamientos más adecuados.

3) La (re)aparición de la consideración clínica de los procesos socioculturales de construcción de la subjetividad y de las narrativas de la salud-enfermedad-atención/prevención: La FCCP propone considerar un abordaje clínico biopsicocultural en el cual se conciba que el individuo no solo pertenece a culturas que lo determinan, sino que las padece, retradu-

ce, construye e hibrida de un modo particular y dinámico. Esta consideración llama la atención sobre una perspectiva sociohistórica y procesal en la que se roturan y definen las subjetividades de manera relacional; es decir, valora una dimensión intersubjetiva del encuentro clínico y la emergencia de la cultura como unidad de análisis.

La FCCP produce una narrativa sobre los sujetos *otros* a los que está dirigida, que se diferencia de la ausencia de sujetos y del marco discursivo de enunciación universalista de la perspectiva biomédica. Esta narrativa se inscribe en las denominadas por Baumann (2004) como gramáticas de la alteridad, y refiere a un tipo de biografías sobre los sujetos destinatarios en contextos de migración. De los tres tipos de narrativas, que corresponden a cada práctica y modelo aquí analizado, la FCCP refiere a la que hemos denominado, retomando a Certeau (2003) como biografía individualista interpelada.

Esta narrativa emerge a partir de la interpelación que la perspectiva transdisciplinaria, que incorpora la etnografía en la psiquiatría de la FCCP, realiza de la concepción no biográfica ni relacional del encuentro terapeuta-paciente-institución revindicando su naturaleza cultural, intersubjetiva e interpretativa. El psiquiatra descentra la concepción universalista de su praxis biomédica, desarrollando técnicas específicas para el tratamiento del padecimiento de las personas migrantes a partir de la emergencia de un paciente narrado. Este no es otro que el Robinson Crusoe patogénico, entendido como figura depositaria de la lógica de un encuentro clínico predestinado por la biología y por la ausencia del otro a partir de la individualización de la explicación de su infortunio. Lo cual se nos revela colocando en la clínica la importancia etnográfica de visibilizar al sujeto y a las condiciones que producen las narrativas respecto a él. Ahora bien, en la consulta clínica encontramos un maridaje entre la hegemonía del dispositivo diádico y de una aproximación farmacológica y biomédica con el uso puntual del recurso transdisciplinario de la etnografía, el cual se produce, en la praxis actual, desde una autoridad etnográfica monofónica. En otras palabras, la narración etnográfica es producida por la voz situada del psiquiatra, incorporando aquello que escucha y observa pero sin incluir en el relato (de la FCCP) la heteroglosia del punto de vista del paciente sobre el texto creado.

Para la praxis psiquiátrica, que tiene lugar en la actualidad y no permite, por las condiciones mencionadas, llevar a cabo una formulación cultural completa, la investigación de la FCCP en el hospital Puerta de

Hierro de Madrid propone varias recomendaciones empíricas que permiten obtener información cultural relevante durante una historia clínica y su posterior incorporación en la praxis (ver Caballero, 2009):

a) Tener un conocimiento cultural básico del paciente.

b) Desarrollar la entrevista clínica de forma habitual, detenerse solamente cuando se detecten dudas con respecto a aspectos culturales y realizar un interrogatorio riguroso, pero preguntar de forma empática.

c) Si las dudas persisten y pueden afectar al diagnóstico y tratamiento, se ha de llevar a cabo una entrevista extra focalizada en los tópicos de la FCCP con parientes cercanos (del paciente) o informantes clave, o bien una consulta de literatura relevante.

d) Identificar, en cada sección de la historia clínica, los factores culturales principales en cada subtítulo de la formulación cultural que implican aspectos relevantes del diagnóstico psiquiátrico o del tratamiento en el caso, por ejemplo. Hay que remarcar estos factores o advertir su ausencia.

e) Abrir nuevas secciones en la historia clínica para comentarios culturales que documenten los elementos culturales relevantes en un principio no incluidos en el material clínico, pero ulteriormente disponibles. Añadir este material al texto, como inclusiones editadas (si la formulación cultural está disponible electrónicamente), adiciones numeradas en los márgenes del texto o series de pies de página.

f) Recoger las implicaciones del material resaltado y los comentarios culturales con una narrativa coherente y breve, y etiquetar este apartado como una valoración cultural general que se ubicará al final de la historia clínica (Caballero, 2009).

Si bien, por su actual desarrollo y las condiciones de su praxis, es una práctica periférica y relegada a los márgenes del historial clínico, la explicitación de estos márgenes, cuyo uso temático se considera relevante, conlleva los potenciales alcances mencionados en contextos clínicos de multiculturalidad significativa. En resumen, frente a la limitación de una psiquiatría que solo se ciñe a elementos parciales como los fisiológicos,[147] psíquicos o culturales, la aparición de una concepción antropológica del

147 Además, los considera erróneamente; un ejemplo de ello es la poca atención que se presta a la importancia de la etnopsicofarmacología y la variabilidad de efectos y adecuación de prescripciones según las características fisiológicas ligadas a ciertos factores etnoculturales.

ser humano y del proceso salud-enfermedad-atención/prevención[148] en la práctica médica posee el potencial de disminuir las limitaciones de una intervención susceptible de reducir a los pacientes (y sus subjetividades y contextos de vida) a categorías estructuradas por una nosotaxia museística de las alteridades culturales. También puede hacer hincapié, relativizando la cultura biomédica y sus pretensiones universalistas mediante una suerte de formulación cultural de la praxis psiquiátrica, en la comprensión reflexiva de los espacios, las ideologías, las prácticas y, en definitiva, las localidades desde las que los profesionales de la salud mental actúan.

A continuación, concluyendo con el modelo occidental adaptado en la diversidad cultural y el caso de la FCCP en el hospital Puerta de Hierro de Madrid, pasamos al segundo modelo analizado, el etnopsiquiátrico, a través de la propuesta emblemática por su transformación de ciertas dimensiones culturales, ideológicas y materiales de la biomedicina hegemónica, de la praxis etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann de Bruselas.

148 Estas concepciones también las han formulado, no sin contradicciones entre la teoría y la praxis clínica, autores que tendieron puentes desde la antropología médica a la psiquiatría, como Fàbrega, Kleinman, Kirmayer o, en Japón, Takeo Doi (1986).

PARTE VI: CUANDO EL MÉDICO SE INSPIRA EN EL CHAMÁN: EL MODELO ETNOPSIQUIÁTRICO

1. De la clínica etnopsiquiátrica en Francia a su emergencia en Bélgica

La primera práctica etnopsiquiátrica, destinada a los pacientes inmigrantes, en hospitales y clínicas europeas la desarrolló Tobie Nathan en el hospital Avicenne de Bobinny (Francia) en 1979. En 1993, fundó el centro Georges Devereux en París. Dicho centro es una prolongación de la sección de Psychologie Clinique et Pathologique de l'UFR Psychologie, Pratiques Cliniques et Sociales de la Universidad de París 8; desde entonces, ha experimentado un crecimiento y una diversificación de sus actividades. Si en un principio acogió, sobre todo, a la población migrante, a lo largo de los años ha comenzado a recibir también a población autóctona cultural o socialmente minoritaria, así como a personas que pertenecen a grupos marginados, víctimas de sectas, etc. Tiene presencia, a su vez, en dominios como el de la acción humanitaria y los traumatismos deliberadamente inducidos por la violencia organizada.

Actualmente,[149] países no francófonos como Italia cuentan con aproximaciones terapéuticas de corte etnopsiquiátrico. Cabe mencionar que, en el contexto actual de Francia, la aproximación teórico-metodológica de la etnopsiquiatría también se ha llevado a una consulta (psicológica) en un colegio de París (ver Duvillié, 2006). En Bélgica, el marco teórico-metodológico y las praxis emanadas del modelo etnopsiquiátrico de Tobie Nathan empezaron a aplicarse desde comienzos de la década de los noventa en el hospital Brugmann, así como en varias ONG, en Bruselas (ver Leman y Gailly, 1991). Algunas se denominaron etnopsicoanalíticas y otras, como en el particular de Brugmann, etnopsiquiátricas.

149 La temporalidad es siempre la relativa al período en el que se desarrolló la investigación (2006-2010).

En la práctica, la distinción entre etnopsicoanálisis y etnopsiquiatría guarda relación con una movilización de ciertas adscripciones nominales que establece el terapeuta principal, así como con, al menos en Bélgica, algunas prácticas específicas y espacios de desarrollo. En Bruselas, ciertas consultas se denominan etnopsicoanalíticas y otras etnopsiquiátricas a pesar de que, en sus prácticas, no existen elementos empíricos notables de contraste que constituyan un corpus epistémico o metodológico diferenciador.

Entre las praxis analizadas, la del hospital Brugmann es la única que se denomina etnopsiquiátrica y el único elemento distintivo que he podido observar con las etnopsicoanalíticas es que las segundas no utilizan los objetos activos y se dan en ámbitos del medio asociativo. Por lo demás, ambas parten de la línea común de Devereux y Nathan. En este sentido, Devereux (1977) defiende que la etnopsiquiatría es la disciplina clínica cuyo cometido es la constitución de una semiología de enfermedades mentales, sea cual sea el contexto cultural; por su parte, el etnopsicoanálisis es la rama teórica encargada del marco explicativo de las relaciones entre cultura y psiquismo.

La praxis etnopsiquiátrica ha emergido en una diversidad de contextos a los que se han articulado, con especificidades diferenciadas, sus características; esto nos lleva a no considerarla una práctica homogénea, sino más bien a referirnos, en plural, a *praxis etnopsiquiátricas*. El eje central migratorio de intervención (su especificidad fundacional) parte de una problematización que no solo atañe a un modelo de práctica clínica (asimilacionista) hegemónico e inoperante con este tipo de pacientes, sino también a un modelo político-normativo de gestión de la diversidad cultural (el modelo multicultural asimilacionista francés). Para ello, la práctica clínica etnopsiquiátrica (promovida por Nathan) le da la vuelta al argumento que hace recaer el fracaso de la terapéutica institucional dominante con el paciente inmigrante en la adhesión de este a los universos culturales de su país y sus contextos de origen. Esto es, el padecimiento no surge por la resistencia a la aculturación, sino por la pérdida de *attachments*, traducido en 'adhesiones' y 'recursos', del migrante que es asimilado por la cultura dominante del país de destino. En este sentido, las instituciones (escuelas, hospitales, etc.) funcionan como máquinas de abrasión de las diferencias culturales (Nathan, 1994 y 2001*a*). En otras palabras, siguiendo a Díaz-Polanco (2007), las instituciones pueden considerarse parte de los mecanismos estatales de producción de etnofagia.

La propuesta clínica del autor se puede sintetizar en cuatro ejes argumentativos que dialécticamente se contraponen con algunas de las aproximaciones hegemónicas de las psicoterapias occidentales: a) una acción práctica frente a una postura interpretativa; b) la consideración del paciente como experto de la etiología y entidades nosológicas a los que su padecer remite; c) un posicionamiento crítico con la idea de que la persona está sola en su padecer, siempre estará acompañada de un mundo espiritual de seres cuya presentación cultural remite a las causalidades del padecer y a las adhesiones que actúan como mecanismos resocializadores del sujeto —paso de la ética de la confidencialidad a la ética del testimonio (Nathan, 1996) a partir del carácter inaugural público de la consulta—, y d) una teoría terapéutica basada en la influencia y no tanto en el diagnóstico y tratamiento de pretensión objetivista.

Uno de los motivos por los que he decidido analizar la práctica etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann de Bruselas es que se trata de una de las terapias interculturales de la propuesta etnopsiquiátrica más representativas de las que se desarrollan actualmente en Bélgica. Esto es, posee especificidades que sitúan su cuerpo teórico y su praxis en un escenario hasta el momento pocas veces franqueado por la ciencia biomédica institucional: un hospital público regulado por el Estado; así como por su representante en el campo de la salud mental: la psiquiatría. Me refiero concretamente a la consideración de la psiquiatría como una cultura y al cuestionamiento de la pretensión universalista de su corpus teórico-metodológico y su praxis, a través de la acreditación y puesta en escena clínica de ciertas representaciones y prácticas relativas a la salud-enfermedad-atención que el psiquiatra considera provenientes de la cultura de origen del paciente.

En este sentido, la etnopsiquiatría parte de la constatación de que todas las sociedades producen un discurso explicativo de la salud y la enfermedad, y a partir de este diseñan métodos terapéuticos coherentes con el universo simbólico al que pertenecen. Para su praxis clínica se sirve de una multitud de sistemas terapéuticos, los cuales no se consideran según criterios de exclusividad y jerarquía, independientemente de que se fundamenten en el razonamiento científico o se presenten como específicos de una comunidad étnica, social o religiosa, con el fin de construir un método terapéutico adaptado al universo simbólico propio del lugar de procedencia del usuario (Nathan, 1998*a*).

En el espectro de prácticas existentes en Bélgica, la aproximación etnopsiquiátrica del hospital Brugmann es emblemática, porque utiliza recursos como los *objetos activos*; con lo que se desmarca de las prácticas más etnopsicoanalíticas, que prescinden a menudo de ellos, y evita el uso, considerado abusivo por sus detractores, de técnicas atribuidas a la cosmovisión del paciente como las adivinatorias[150] o sacrificiales a través de terapeutas tradicionales. A su vez, el hecho de que esto se dé en el marco institucional de un hospital público supone un motivo añadido de interés en el presente trabajo.

La estructura expositiva de este modelo y aproximación clínica es la siguiente: en primer lugar, explicaremos cuales son los orígenes y especificidades de la praxis etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann de Bruselas, así como sus elementos emblemáticos, que comparte con otras aproximaciones terapéuticas etnopsiquiátricas, y diferenciadores. Posteriormente, describiremos seis casos de pacientes, recopilados durante mi observación participante en las consultas, cuyas trayectorias de búsquedas de atención y representaciones del proceso s-e-a/p se articulan con los tipos de praxis y representaciones sociales del etnopsiquiatra y los terapeutas; se ejemplificarán varios modos de operar de la etnopsiquiatría en la arena clínica de este hospital. Después, analizaremos algunos aspectos de los seis casos a la luz de las especificidades de la praxis etnopsiquiátrica. Proseguiremos con una problematización (que se plantea desde hace unos años en un ámbito principalmente teórico y no contrastado con la observación empírica, con alguna excepción puntual) sobre los alcances, las características y las implicaciones de estos dispositivos de atención a la personas migrantes; esta discusión surge a la luz del análisis etnográfico que aquí nos ocupa. Finalizaremos con un apartado relativo al eje de análisis universalismo biomédico-relativismo cultural que se relaciona con esta praxis y con algunas propuestas específicas de carácter aplicado.

150 Estas técnicas, como el lanzamiento de los cauris para las personas de origen wolof, se utilizan con frecuencia en la consultas de Tobie Nathan en París.

2. La etnopsiquiatría en el hospital Brugmann (Bruselas)

El hospital Brugmann se inauguró oficialmente en el año 1923. Su fundador, Georges Brugmann, era el banquero del rey Leopoldo II de Bélgica. Fue urbanista y promotor de la colonización; al final de su vida, motivado por ciertos pesares relativos a la forma de ganar su fortuna (DESIR, 2008), según dicen, decidió legar parte de su dinero para la construcción del hospital que en la actualidad porta su nombre.

El hospital Brugmann se encuentra en la frontera entre dos barrios: Laeken, al norte, y Jette, al sur. Resulta interesante destacar el hecho de que las calles colindantes con el hospital de uno y otro barrio reflejan la historia y los conflictos entre los médicos de origen católico (de la Universidad Católica de Lovaina) y los liberales (masones y socialistas, de la Universidad Libre de Bruselas y el Colegio de Altos Estudios). Hacia Jette, con alguna excepción hecha por los católicos, los nombres de los médicos católicos; hacia Laeken, los médicos profesores de la ULB, defensores del laicismo. Tanto Laeken como Jette (y Schaerbeek) tienen una población de orígenes socioculturales variados. Esto, excepto en algunas áreas del centro y de los barrios ricos periféricos, ocurre en gran parte de Bruselas. Desde zonas populares de clase media y media-baja hasta otras, no muy alejadas, de clase media-alta. Sucede lo mismo en cuanto al porcentaje de población inmigrante.

Arquitectónicamente, el hospital fue único en la época, ya que se trataba del primer hospital horizontal, trazado a partir de las recomendaciones de los médicos jefes de servicio. La concepción en pabellones permitiría limitar los riesgos de contaminación y respetar el medioambiente y la planificación del territorio. Su creador fue el famoso arquitecto modernista Victor Horta. Sin embargo, aunque se ha considerado un ejemplo de modernidad, no pertenece al *art nouveau* (Horta pensaba que las curvas y redondeces no convenían a una arquitectura hospitalaria (web: Brugmann)). Los distintos edificios se encuentran en el medio de jardines comunicantes. El hospital de Schaerbeek, Paul Brien, se unió al hospital Brugmann en el año 1999. Hoy en día es un hospital universitario concertado con la Universidad Libre de Bruselas.

En 1991, varios psiquiatras que trabajan en el hospital Brugmann comenzaron a plantearse la posibilidad de incorporar las aproximaciones teórico-metodológicas de la etnopsiquiatría, que estaba emergiendo en Francia de la mano de Tobie Nathan (con el cual mantenían contacto), con

el objetivo de mejorar la eficacia terapéutica con los pacientes de origen extranjero. Gracias a la sensibilización respecto al problema de las limitaciones de una praxis monocultural en un contexto de diversidad cultural y al trabajo en esta dirección,[151] consiguieron superar algunas de las barreras de la cultura organizativa y administrativa del hospital e incorporaron, en un principio, la asistencia de varios profesionales de la salud mental a la consulta psiquiátrica convencional (Entrevista personal Woitchick,[152] 2006).

Tras la fundación del centro Georges Devereux en París en aquél período, se pensó en crear uno de iguales características en Bruselas. Debido a la conveniencia de mantenerse en el seno de un hospital público y no convertirse en un centro específico para inmigrantes (ibid.), este proyecto se desterró y la consulta de etnopsiquiatría se mantuvo en el interior de la estructura hospitalaria de Brugmann y la red de atención médica de derecho común. En su carácter inclusivo, derivado de su emplazamiento y adscripción al sistema público, encontramos uno de los ejes que resaltar, significativamente diferenciado de otras praxis externas a la red pública de atención médica en Bélgica u otros países, como Francia.

La consulta, ubicada en el pabellón de consultas del Área de Psiquiatría, tiene lugar todos los jueves por la tarde (de 13:00 a 19:30), la duración de cada sesión oscila entre una y dos horas. La duración de la terapéutica varía según el paciente y su problemática. Por lo general, no se cita a los pacientes más de una o dos veces al mes y, de media, se llevan a cabo cinco o seis sesiones. Cabe mencionar que siempre es el paciente quien escoge la duración de cada sesión y las nuevas citas. El número de consultas etnopsiquiátricas mensuales en Brugmann oscila alrededor de las dieciséis (cuatro por semana).

El espacio en el que se desarrollan es uno de los despachos, donde acontecen las consultas convencionales durante la semana; el lugar está habilitado de tal forma que los terapeutas (entre diez y quince), el paciente y sus acompañantes forman un círculo junto con el etnopsiquiatra. En este caso, la mesa, frontera simbólica (sobre la que se prescribe el diagnóstico/

151 En ese período comenzaron a debatirse, en el panorama nacional belga, las problemáticas del acceso a la atención médica de la población de origen extranjero y la necesidad de medidas como la mediación intercultural sanitaria, con lo que se cristalizaron las primeras políticas públicas en este sentido (ver Muñoz, 2010).

152 Director del servicio de etnopsiquiatría en Brugmann.

tratamiento y se asignan los roles según las posiciones en uno u otro lado) entre el terapeuta y paciente, se lleva a un rincón, con lo que se abre el espacio para el grupo. En dicha disposición espacial los terapeutas ocupan un lugar, elegido arbitrariamente y sin una codificación expresa, y el psiquiatra se sitúa por lo general algo más adelante, frente al paciente, sin llegar a estar en medio del círculo.

Inspirándose en la teoría del espacio intermedio de Winnicot (Nathan, 1986), esta configuración trata de promover la emergencia de una zona común entre el paciente y los representantes institucionales (terapeutas) que no sea ni la sociedad de origen ni la de destino. De este modo, por medio de la particular metodología etnopsiquiátrica, el espacio intermedio permite operar más allá de la relación conflictual u ordinaria para constituirse en un territorio binario conector de dos culturas: la del paciente, de origen migrante, y la de la cultura biomédica autóctona.

En el exterior, los pacientes y acompañantes esperan en una sala en la que hay varias filas de bancos dispuestas también en círculo. Una de las premisas de la aproximación que se lleva a cabo en esta consulta (que no es solo propia de la etnopsiquiatría) es que la sesión terapéutica comienza en el exterior con la relación que tienen los pacientes, familiares y acompañantes entre sí. En ocasiones, de manera fortuita, algún terapeuta se encuentra también fuera e interactúa con los pacientes.

Además de la consulta principal, existen otros dos tipos de actividades en torno a esta: las sesiones formativas (que tratan de reflexionar, con el grupo, sobre la mecánica curativa del dispositivo) y las sesiones clínicas complementarias en las que el etnopsiquiatra se reúne a solas, o acompañado de uno o dos (co)terapeutas, con el paciente y, si es el caso, los acompañantes de este. Al igual que la coordinación de las consultas, ello será determinado en todo momento por el etnopsiquiatra.

3. Características de su praxis clínica

Con el fin de desarrollar una metodología adaptada a los itinerarios socioculturales de sus pacientes y de mejorar la eficacia curativa, la práctica etnopsiquiátrica de Brugmann relativiza algunos de los principios dominantes en las psicoterapias occidentales inspirándose en técnicas atribuidas a ciertas terapéuticas llamadas *tradicionales*. Las especificidades metodológicas de la consulta etnopsiquiátrica del hospital se vertebran

en torno a tres puntos: *a)* el grupo, multidisciplinar y multicultural, de terapeutas y su organización espacial; *b)* el discurso sobre el paciente, y *c)* el uso de los objetos activos. Explicamos, a continuación, quienes son los terapeutas, los pacientes, sus demandas y el tipo de aproximaciones clínicas en función de estas. Después, analizamos los tres puntos mencionados a partir de la descripción de seis casos clínicos compilados durante mi trabajo de campo.

3.1 Los participantes en la mecánica curativa

La consulta etnopsiquiátrica del hospital Brugmann está constituida por un etnopsiquiatra, que centraliza el desarrollo de la sesión clínica —en línea con la corriente etnopsiquiátrica fundacional en Europa, defendida por Moro (1998*a*) y Nathan (1998*b*)— y un grupo de colaboradores denominados terapeutas o coterapeutas, indistintamente. La concepción del coterapeuta guarda relación con las funciones que su saber experto y su integración en el dispositivo clínico desempeñan en la mejora de la eficacia terapéutica. El número de terapeutas que se encuentra en las consultas es variado. Marie Rose Moro (1998*a*) señala que, tradicionalmente, han existido dos grupos: el grupo grande, que lo conforman entre ocho y doce terapeutas, y el grupo pequeño, entre cuatro y seis; es preferible que la formación de estos profesionales provenga de la psiquiatría o psicología.

Esto, que se debe a criterios de mejora en las dinámicas terapéuticas del grupo frente a la dispersión por un excesivo número y la posible ausencia de un *habitus* clínico, tiene implicaciones en la praxis etnopsiquiátrica. En este caso, el número de terapeutas oscila entre los diez y los quince; y pueden acudir hasta un máximo de veinte (entrevista personal a Woitchick, 2006). En su gran mayoría son mujeres, sus edades están comprendidas entre los 24 y los 65 años. La formación académica de los terapeutas, al igual que en otras aproximaciones etnopsiquiátricas, con la excepción de la propuesta de Moro, abarca la psicología (con especialidades tan variadas como la psicopedagogía, la criminología, la clínica, etc.), la psiquiatría, la antropología, el trabajo social, la enfermería psiquiátrica o la sociología. En Brugmann, a diferencia de lo defendido por Nathan (1998*b*), no es necesario que todos los participantes tengan conocimientos clínicos.

Las trayectorias y adscripciones socioculturales de estos son muy variadas. Todos los terapeutas de orígenes culturales alóctonos hablan sus lenguas maternas y el francés, en algunos casos esta es su propia lengua materna. El etnopsiquiatra ha nacido en Bélgica, si bien sus padres son de origen polaco (padre) y sueco (madre). Los terapeutas proceden de países diversos, como Bélgica, Congo, Uganda, Ruanda, Senegal, Turquía, Marruecos, Túnez, Italia, España, Francia, Holanda, Chile, etc. El mestizaje del grupo de terapeutas tiene objetivos variados como el de la *materialización de la alteridad* y su transformación en *catalizador terapéutico*.

Las vías de llegada de los (co)terapeutas son muy heterogéneas. Una tercera parte del grupo (aproximadamente, ya que este es variable en cada sesión) realiza prácticas en el último año de su carrera o posgrado y son enviados por la Universidad Libre de Bruselas, principalmente, u otras. Otros (como fue mi caso), en un porcentaje menor, son investigadores o estudiantes de doctorado. Por otra parte, existe un grupo de unas cinco o seis personas, con cierta cohesión y regularidad en la asiduidad, que acude habitualmente desde años atrás; mayoritariamente son profesionales de la salud mental, educadores y trabajadores sociales. Estos colaboran en una modalidad del tipo voluntariado, ya que ninguno de ellos, a excepción del psiquiatra, recibe una remuneración económica por esta actividad. En el particular de este grupo, su motivación es aprender, para su trabajo o interés personal, de las sesiones etnopsiquiátricas, así como contribuir con su presencia en su desarrollo y devenir.

A excepción de los estudiantes que realizan sus prácticas, la presencia del resto de los participantes no está planificada de antemano, por lo que puede acudir quien así lo desee y haya hablado previamente con el etnopsiquiatra. Por lo general, el etnopsiquiatra mantiene una actitud de apertura y acepta las solicitudes de los candidatos para formar parte del grupo. En otras consultas de etnopsiquiatría en Bélgica, como las que se desarrollan en ciertas ONG, el acceso es más restringido. Lo mismo sucede en el centro Georges Devereux de París: la única vía de acceso como coterapeuta es, además de la invitación, ser estudiante de uno de los posgrados vinculados al centro. Los coterapeutas pueden acudir a tantas sesiones como consideren oportuno, sin ningún tipo de condición. Estas particularidades tienen implicaciones diversas en el desarrollo y las características de la consulta.

Las intervenciones de los terapeutas en la consulta no están programadas con anterioridad, sino que surgen de su espontaneidad y buen cri-

terio. Cabe señalar que las implicaciones de las intervenciones y los condicionantes a la hora de mostrar un tipo de opinión no son equiparables en los terapeutas que realizan sus prácticas de fin de carrera o posgrado allí y deben ser evaluados y en los que acuden, por motivos diversos, como en mi caso, sin una vinculación académica directa con la Universidad Libre de Bruselas y el etnopsiquiatra. Si bien la colaboración y las intervenciones de los coterapeutas son por lo general frecuentes, el papel principal en las consultas lo tiene el psiquiatra. Esto ha sido así en todas las consultas a las que he acudido en el hospital Brugmann y, por lo que he podido saber, sucede de igual forma en las demás sesiones de etnopsiquiatría existentes en Bélgica. Es esta una línea metodológica común a toda praxis etnopsiquiátrica. Como defiende Moro (1998*b*), las intervenciones terapéuticas del grupo estarán siempre centralizadas por el terapeuta principal.

El campo social médico institucional del hospital Brugmann, así como el itinerario y la formación del psiquiatra inciden en algunas de las particularidades de la práctica. En este sentido, la selección y coordinación de ciertas estrategias metodológicas, y la exclusión de otras, guarda relación con el criterio del etnopsiquiatra que ha implementado y dirige la consulta, así como con las dinámicas que se instauran entre los participantes. También influye el escenario, sujeto de forma tácita o explícita a las normativas, culturas organizativas e interacciones del campo social hospitalario público.

La práctica de los objetos activos constituye un elemento representativo de los límites en la articulación de representaciones sociales y técnicas, esquemas simbólicos y marcos ideológicos de atención médica. Dicha práctica es un elemento constitutivo y emblemático de esta consulta. Es interesante destacar que no existe una supervisión oficial, llevada a cabo por evaluadores o inspectores, del desarrollo de la consulta; sin embargo, por sus características, está sujeta a una revisión testimonial cotidiana por parte de sus participantes, algunos de los cuales pertenecen al propio hospital (por ejemplo, los mediadores interculturales que ejercen de traductores/intérpretes lingüísticos y culturales) o a otros hospitales públicos o instituciones de tipo social, jurídico, educativo, etc.

En aquellas sesiones en las que el paciente no habla francés, está presente un intérprete profesional, el cual puede pertenecer al propio hospital o, con más frecuencia, es miembro del entorno comunitario del paciente, como pude observar. En el caso de ser profesionales reciben una retribución económica bien por el propio paciente, bien por el CPAS, previa

solicitud administrativa del etnopsiquiatra en Brugmann. En la consulta, el etnopsiquiatra percibe la interpretación como material terapéutico fundamental para la curación. Además, en línea con lo señalado por Nathan (1998*b*), se defiende la idea de que discutir abiertamente la traducción de las palabras del paciente y de su familia convierte al paciente en aliado y experto en la exploración de la etiología del trastorno psicológico.

El escenario ideal para el etnopsiquiatra, en Brugmann, es que haya siempre un intérprete, aunque la persona (de lengua materna no francófona) hable perfectamente el francés, ya que la interpretación será cultural además de lingüística y se considera que la exploración semiótica es más rica si se hace en la lengua natal del paciente. Sin embargo, en la práctica, cuando no es estrictamente necesario, no hay intérprete. Esto se debe principalmente a que no es fácil encontrar a aquellos que manejen la interpretación de manera profesional y que cuenten con experiencia en el ámbito psiquiátrico; un contexto clínico en el cual cuestiones como la proximidad al entorno del paciente, la falta de experiencia en el manejo de material terapéutico sensible (sus contratransferencias no percibidas y gestionadas) o los aspectos de indefinición en lo que se refiere al papel que debe desempeñar pueden interferir, desde el punto de vista de la delimitación de sus roles, en su labor y en la de los terapeutas.

En este último sentido, he podido observar que algunos intérpretes tratan de desempeñar la labor del terapeuta y otros, o los mismos en ocasiones, la del paciente. Así, sustituyen sus palabras con sus supuestos implícitos o, directamente, suplantan su papel como receptores de la terapia. Sin embargo, cuando es oportuno, nunca de forma sistemática, los (co) terapeutas que hablan la lengua materna del paciente desempeñan esta función. Con el fin de promover la expresión fluida del paciente y de no ejercer de supervisor de su discurso al enfrentarlo espacialmente, el intérprete se ubica siempre junto a este (y a su familia o acompañantes); en frente queda el etnopsiquiatra.

Si lo requiere la intervención, se pide al paciente que venga con algunos familiares o con los profesionales que están llevando su caso clínico o que, en otras instancias, mantienen relación con él (psicólogos, trabajadores sociales, educadores, etc.). El objetivo es proporcionar información sobre el paciente y tener la oportunidad de explorar otras narrativas y representaciones de su padecer.; de esta manera, se adquieren competencias de tipo cultural y un conocimiento más amplio de su dolencia. Los acompañantes, como propone Nathan, acudirán en las primeras sesiones para

posteriormente ser invitados a formar parte del grupo de coterapeutas y permanecer en este el tiempo que consideren oportuno.

En un sentido inverso, el etnopsiquiatra recomienda a los coterapeutas que traten de salir de la consulta e ir a las casas y los barrios en los que viven los pacientes para obtener más información sobre su padecimiento. Esto se ha puesto en práctica en alguna ocasión, como se verá después; el etnopsiquiatra y los coterapeutas han visitado el contexto del paciente a partir de una invitación de este. Comparto esta idea, ya que considero que no es igual la forma cultural/conductual de presentarse que tiene una persona o colectivo (como la familia del paciente) en un hospital que, por ejemplo, en su hogar o barrio. Por otra parte, con las precauciones necesarias para no convertirse en una suerte de comité higienista de salubridad mental, se puede obtener información significativa para la eficacia terapéutica sobre el paciente y su padecimiento a través de la observación *in situ* de sus contextos de vida. Además, ello tiene otras implicaciones potencialmente beneficiosas para el paciente, como veremos después.

3.2 La llegada de los pacientes a la consulta

El motivo principal por el que los pacientes son enviados o acuden a la consulta son las dolencias atípicas atribuibles a especificidades culturales o relativas al vector migración. Si bien las especificidades culturales son la puerta de entrada por la que acuden a la consulta, no intervienen siempre ni son objeto de problematización o un factor etiológico prioritario en la dinámica terapéutica. En cambio, son frecuentes otras especificidades, como las psicosociales o mediadoras (de pareja o sociolaborales, por ejemplo).

Los actores que influyen en esta etapa del itinerario terapéutico del paciente (correspondiente con la llegada a la consulta etnopsiquiátrica de Brugmann) son muy diversos: algunos de ellos son enviados por psiquiatras de otros hospitales o por consultas en el propio Brugmann. Otros llegan derivados de centros de asistencia social estatales (como los centros de acogida de menores) u ONG que conocen este tipo de terapéutica. Asimismo, muchos acuden por el boca a boca. Esto sucede principalmente al conocer a alguien en su comunidad que fue tratado en dicha consulta, o bien a través de alguno de los intérpretes que previamente han participado en ella; esto incide en la recurrencia de atención a ciertos perfiles pobla-

cionales de origen de los pacientes, puesto que provienen de las mismas comunidades lingüísticas y culturales. Este fue el caso, durante mi trabajo de campo, de algunos pacientes de origen turco derivados por el mismo intérprete.

Con respecto a los perfiles socioculturales de los pacientes, estos son muy diversos. Por lo general, el perfil socioeconómico suele ser de clase media y media-baja; sin embargo, hay también casos puntuales de personas que provienen de clases media-alta e incluso alta. Las procedencias culturales son, a su vez, muy heterogéneas. Los dos grupos poblacionales más numerosos son los de origen marroquí y turco, así como, en menor medida, de otras áreas del Magreb (Túnez), de África Central (Ruanda y Congo) y de África Occidental (Senegal). También hay pacientes que provienen de países de Europa del Este y Latinoamérica. En algunos casos muy esporádicos el paciente es de Europa Occidental (y Bélgica).

El tiempo de residencia en Bélgica de los pacientes de origen extranjero es muy variado, algunos acaban de llegar de sus países de origen o de residencia, o llevan casi toda su vida viviendo en este país. Los que nacieron en Bélgica pertenecen mayoritariamente a las llamadas, desde una problemática concepción que los vincula a su filiación como extranjeros (ver Sayad, 1981), *segundas generaciones*. Por otra parte, las edades también son variadas: desde bebés hasta hombres y mujeres ancianos (entre 70 y 80 años). No se excluye a nadie por su estatus jurídico-administrativo o su capacidad económica para afrontar el sistema de copago belga (entrevista a Woitchick, 2006). En este sentido, el pago de la consulta se lleva a cabo a través de la mutualidad o el centro público de asistencia social (CPAS), dependiendo de la situación socioeconómica del paciente. En algunos casos, si por las trabas administrativas o la situación administrativa del paciente se dificulta el reembolso por parte del CPAS, la consulta será gratuita (ver discusión sobre la dificultad de reembolso en este tipo de consultas de Leman y Gailly, 1991).

De acuerdo con el protocolo de actuación del etnopsiquiatra, la primera vez que un paciente acude a la consulta y no conoce su funcionamiento, se debe realizar una entrevista previa a solas o en compañía de uno o dos terapeutas. Sin embargo, en ocasiones parece no ser lo suficientemente adecuada para detectar si este tipo de dispositivo es o no idóneo.

3.3 Modelos explicativos y tipos de intervención terapéutica

Según la propuesta etnopsiquiátrica, la consulta es un espacio abierto al encuentro entre diferentes narrativas explicativas del proceso salud-enfermedad-atención/prevención. Ateniéndome a lo observado en el trabajo de campo y con la cautela propia de este tipo de ejercicios que sirven para la clasificación y el análisis, ya que las presentaciones culturales de los actores en el campo de la sesión clínica son dinámicas y relacionales, distingo entre varios tipos de narrativas explicativas del síntoma y la etiología del distrés por los que los pacientes acuden a la consulta: *a)* personas que no presentan ningún tipo de síntomas, o estos son de tipo leve, y en las que no existe un discurso relativo a la enfermedad; *b)* personas con dolencias psíquicas moderadas o agudas en cuyas representaciones y discursos relativos a los síntomas predomina el universo biomédico; *c)* personas con dolencias psíquicas moderadas o agudas en cuyas representaciones y discursos relativos a los síntomas no predomina el universo biomédico y sí el de otras representaciones y nosologías (Muñoz, 2013*c*).

Según lo observado en la consulta, este último caso se puede dividir en dos variantes: c_1*)* el paciente posee un modelo explicativo sobre su dolencia que puede remitir en mayor o menor medida a ciertos universos simbólicos y culturales, como la magia o la brujería, y su deseo es permanecer en las representaciones que reenvían a este modelo; c_2*)* el paciente explora la causa de su dolencia por medio de las herramientas que se dirigen a la anterior cosmovisión; sin embargo, acude a la consulta para que le ofrezcan una explicación de tipo biomédico que le permita dar un sentido y control, que de otra forma no tiene, a su situación. En ocasiones el paciente remitirá indistintamente a ambos sin adscribirse discursivamente por exclusión a uno u otro universo en el contexto de la consulta.

Por otra parte, como veremos en el caso de un paciente de origen kurdo (turco), acuden algunos pacientes con sintomatologías, cuyas explicaciones etiológicas aluden o no al universo cultural biomédico, nunca vistas con anterioridad.

En lo que respecta a la aproximación teórico-metodológica del proceso salud-enfermedad-atención/prevención por parte de los terapeutas y el psiquiatra, cabe realizar la siguiente clasificación: *a)* por un lado, las personas que no necesitan una terapia (etno)psiquiátrica clínica como tal, sino una práctica del tipo del acompañamiento o la mediación sociofami-

liar (en relación con su pareja, hijos, etc.);[153] *b)* aquellas personas que específicamente precisan de la terapia etnopsiquiátrica, y *c)* las que, además de la terapia en la consulta de etnopsiquiatría, requieren de una terapia complementaria (por ejemplo personas víctimas de torturas, abusos, violaciones, etc.). (ibid.)

A excepción de los pacientes belgas, que representan un porcentaje muy pequeño, las causas atribuidas a dolencias (explicitadas por los terapeutas y el etnopsiquiatra o por algunos pacientes que enfatizan dicha dimensión) reenvían casi siempre, de una forma mayor o menor, a su trayectoria migratoria; por ejemplo: proyectos de vida que han comprometido un desplazamiento migratorio, relación conflictiva con los mundos de origen y destino, etc.

Si bien, a efectos prácticos, en muchos casos no se puede excluir la mediación sociofamiliar de la intervención clínica (esta división es meramente analítica, ya que a menudo existen las dos aproximaciones de forma simultánea y siempre se dan en un marco teórico-metodológico y práctico clínico), mencionaré cuáles son algunas de las demandas de atención en ambos particulares. En el cuadro de la praxis etnopsiquiátrica, con un carácter de mediación sociofamiliar motivada o no por el factor migratorio, hay pacientes cuyas dolencias remiten a conflictos con sus parejas y familias, y no revisten la gravedad de desembocar en una psicopatología ni se inscriben necesariamente en el área preventiva de la salud mental.

En el terapéutico se pueden encontrar desde sintomatologías propias del mal de Ulises (Achotegui, 2006) (trastornos de estrés reactivo, ansiedad, depresión, etc.) con un carácter leve, moderado o agudo hasta dolencias postraumáticas, debidas a la violencia organizada (de tipo político o derivadas de sectas, psicoterapias, etc.), con sintomatologías pertenecientes, por ejemplo, a los trastornos del comportamiento. Por otra parte, hay casos de mayor gravedad, que se derivan de las etiologías anteriores o de otras, como los trastornos psicóticos.

La duración de la terapia varía según el paciente. No se cita, por lo general, a los pacientes más de una o dos veces al mes y, de media, se llevan a cabo cinco o seis sesiones en total. Algunos son redirigidos a otras consultas para llevar a cabo terapias concretas con relación a su dolencia, como en el caso referido de las terapias complementarias; después, pue-

153 No obstante, con una función mediadora, el dispositivo grupal también atenderá a estas personas.

den volver o no a la consulta de etnopsiquiatría. Otros acuden a la etnopsiquiatría durante una o dos sesiones; y algunos lo hicieron en el pasado y reaparecen al cabo del tiempo.

El arte clínico en la praxis etnopsiquiátrica (y sus implicaciones técnicas y éticas para el devenir de la consulta y la eficacia terapéutica) conlleva diversos desafíos. Uno de ellos, desde mi punto de vista, es análogo al que Jaffré y Sardan (1999) achacan al enfoque de la antropología médica. Es decir, a la hora de abordar la etiología de sintomatologías y dolencias que, partiendo del modelo explicativo del paciente en este caso, remiten a referentes culturales del proceso s-e-a/p no biomédicos, se trata de no caer ni en la *trampa médica*, ni en la *trampa de sentido.* La primera consiste en reducir sistemáticamente a categorías biomédicas (sin problematizar el carácter cultural de estas, añadiré yo), por ejemplo, las representaciones de la enfermedad, aislando los hechos sociales y culturales de la enfermedad al constituirla como un objeto de conocimiento autónomo. La segunda hace hincapié en el hecho de que la sociedad (y la cultura) entera esté implicada en la enfermedad[154] y su modelo explicativo: sedimenta el peso de la interpretación en excesos holísticos y de simbolismo relacionados con el trastorno sociocultural, por carencia de adhesiones culturales al contexto de origen, de los universos y pasajes migratorios del paciente.

Veremos seguidamente en qué consiste la propuesta teórico-metodológica de la praxis etnopsiquiátrica en Brugmann y cuáles son algunos de sus desafíos y alcances mediante el análisis de seis casos clínicos compilados durante mi trabajo de campo y la exploración etnográfica de las narrativas (de los terapeutas y del etnopsiquiatra) en ciertos marcos de interacción, como es el caso de las discusiones entre consultas, así como al comienzo y al final de estas.

4. Seis estudios de casos clínicos desde la etnografía

Siguiendo las tipologías, descritas con anterioridad, relativas a los tres tipos de intervenciones (mediación sociofamiliar, terapia etnopsiquiátrica y terapia etnopsiquiátrica con apoyo de otras consultas) y las representaciones del proceso salud-enfermedad-atención por parte del paciente y los

154 Como en el caso de atribuir el trastorno del cuerpo con un trastorno social y de pensar que toda curación pone siempre en juego a la comunidad y que comprende su relación simbólica con el cosmos.

terapeutas, describo seguidamente seis estudios de caso recopilados durante mi participación en las consultas. Debo mencionar que la organización y sistematización de la información, en subapartados acordes al área de las narrativas descritas, está ajustada a la necesidad de cada caso, por lo que su contenido y extensión son diferentes. Esto se debe a la variabilidad de la observación que llevé a cabo en seis meses consecutivos, así como al tipo de información obtenida y a su pertinencia temática.

4.1 Un ejercicio de mediación sociofamiliar en la etnopsiquiatría clínica

Caso 1: S., paciente de Uzbekistán, mujer (40 años)
El caso de S. puede clasificarse dentro de los de las personas con trastornos moderados, en los que predomina un discurso de tipo biomédico u occidental. En su particular, los síntomas están referidos principalmente a la ansiedad (con trastornos de tipo leve como los del sueño).

Presentación y llegada a la consulta

Llegó a la consulta hace casi un año por medio de un conocido. Es ingeniera de formación y vive en Bruselas desde hace diez años, aproximadamente. En la actualidad está inscrita en el CPAS, cobra la renta de inserción mínima (700 €). Se niega a trabajar en los trabajos que le ofrecen, principalmente como trabajadora del hogar. Es una persona con un nivel cultural alto. Con anterioridad vivió en Alemania, donde reside su exmarido y a donde está pensando volver a vivir próximamente.

Ha seguido, de manera puntual y con la supervisión del etnopsiquiatra, algún tratamiento con ansiolíticos, así como con medicamentos contra el insomnio para evitar que este descompensase lo logrado hasta el momento en lo referente al control de la ansiedad.

Su actitud en la consulta es desenvuelta. Habla de forma desenfadada, domina el francés con bastante soltura y no parece manifestar ningún tipo de trastorno, al menos en este contexto. Esto lo infiero porque su discurso, su interacción, la conciencia de las problemáticas que en ella desencadena la ansiedad y las formas de actuar al respecto son claras y están muy bien estructuradas.

Narrativa de la etiología del distrés

En la consulta hemos hablado de algunos de sus problemas recientes, como la decisión de ir a vivir o no a Alemania, donde residió durante seis años, y de las connotaciones que eso tiene en dos ámbitos. Por un lado, el personal, ya que su exmarido vive allí; por otro, los significados (mediados por la historia) que Alemania tiene para ella y su difícil adaptación al país. Nos ha mencionado que las personas en Alemania son frías y distantes, y en ocasiones la atmósfera le recuerda a la guerra y al fascismo. En lo relativo a sus decisiones vitales, ir a Alemania tal vez le proporcionaría la posibilidad de un trabajo, lo cual le resulta poco accesible en Bélgica. Por otra parte, en el caso de quedarse desempleada, allí no tendría la cobertura social que tiene en Bélgica. Al mismo tiempo, se debate entre volver o no a su vida anterior con su exmarido.

S. piensa que ha nacido por segunda vez en Bélgica. Reitera que en Alemania la gente es más fría. Hay una energía allí, dice, que no le permite respirar de la misma forma; quizás un muro, puede que sea por la guerra. En Alemania siente miedo.

Durante las sesiones en la consulta, solemos hablar de los sueños que tiene. En ocasiones, S. le relata sus sueños a una terapeuta con la que coincide fuera de la consulta, antes de entrar. En una de las sesiones S. le pidió a la terapeuta, W., que contara el sueño que ella le había transmitido unos minutos antes y que lo interpretase. W. argumentó que esto no funcionaba, ya que debía ser ella quien los interpretase, pues los sueños son distintos en cada cultura y explicarlos de forma universal no tiene sentido. Hablamos de los sueños, del hábito de escribirlos y del hecho de acordarte o no de ellos al despertarte, o bien recordarlos gracias a la escritura.

Varios terapeutas discutieron sobre esto y surgió el tema de los chamanes y las prácticas curativas vinculadas a los sueños. La paciente entró en la discusión, conocía el tema, e hizo una broma sobre que ella podría ser un chamán para los terapeutas. En ese momento, interpreté que era muy consciente de la situación de mediación, en la que ella también ejercía una influencia curativa sobre nosotros. A partir de ese comentario, vi la consulta como un grupo de participantes que trata de buscar respuestas personales a través de la curación colectiva.

En tres de las cuatro sesiones en las que estuve presente, hablamos de aspectos sociopolíticos de la vida en Bélgica de los migrantes, de cómo se había sentido en los diversos países en los que había residido y cómo

pensaba que se la percibía en ellos. En una ocasión, tratamos el tema del discurso en torno a los migrantes de origen ruso. Ella estaba de acuerdo con los estereotipos y representaciones de la comunidad rusa en Europa; en particular, con la asociación que actualmente se suele hacer de los rusos como nuevos ricos o mafiosos. Decía que muchas veces ambas cosas iban de la mano. Comenzó una conversación, entre el psiquiatra y ella, sobre el cambio que se había producido desde la caída del muro de Berlín. Cómo antes se hablaba de la ciencia y de la cultura en Rusia y los países del bloque soviético, mientras que ahora los temas más recurrentes eran los nuevos ricos y la mafia.

Con respecto a Ucrania, menciona que fue tratada de forma excluyente al venir de Uzbekistán, mientras que en Rusia se la tomaba por ucraniana y también la excluían por ello. Comenta que no puede volver a Uzbekistán; además de no tener ningún tipo de posibilidad de trabajo, hay mucha inseguridad en su país. Esto llega hasta tal punto que, según nos ha dicho, entre las personas del país se recomienda ir siempre acompañado a la embajada uzbeka en Bruselas. Otra de las anécdotas relativas a la situación de inseguridad en su país la vivió en un locutorio desde el que solía llamar a su madre, que está en Uzbekistán. Durante las primeras llamadas, escuchó en alguna ocasión ruidos extraños, como si alguien estuviese oyendo su conversación. Poco después, no solo fueron ruidos de fondo que no pertenecían a ninguna de las situaciones a un lado y al otro de la línea telefónica, sino que una voz de mujer, con tono aburrido, surgió de repente y les empezó a hablar y a preguntar cómo era la vida en Bélgica, si se vivía bien, si el clima era bueno, etc. Esto se repitió en varias ocasiones, a veces era un hombre, otras una mujer. Ironiza sobre el hecho de que estos *espías*, además de aburrirse y faltar al código profesional de discreción, solo conocían las cosas positivas que les solían contar los inmigrantes a sus familias, lo cual les daba una visión bastante particular de los países a los que solían migrar sus conciudadanos.

Acompañamiento de los terapeutas y pluralismo asistencial

La relación entre S. y los terapeutas es la de un grupo de palabra en el que se realiza una labor de mediación o acompañamiento entre dos actores: la paciente (y sus proyectos y trayectoria vital) y la sociedad belga, representada por el grupo de terapeutas; sin que en este caso opere una relación terapéutica como tal. En ocasiones nos parece (a mí y a algún terapeuta con quien conversé sobre ello) que dicha paciente acude a la consulta como si

fuese a ver a un grupo de amigos o conocidos y a charlar un rato de igual a igual. Aparte de las aclaraciones puntuales de algunos términos que S. pide a los terapeutas sobre ciertos aspectos de sus estados de ansiedad que no llega a comprender, no hace ninguna otra referencia a síntomas, nosología, causalidades u otras temáticas relativas a la enfermedad.

En una de las últimas consultas a las que acudí, S. dijo que había decidido dejar de tomar químicos para malestares como los dolores de espalda y de cabeza, y que prefería tomar vitaminas y practicar ejercicios contra el dolor como el reiki. El psiquiatra comentó que era partidario de enseñar a los pacientes a automedicarse cuando lo necesiten en lugar de depender del médico.

A veces, S. pide consejos relativos a los trámites de tipo administrativo para su naturalización. En una ocasión le pidió una carta de recomendación al psiquiatra, la cual necesitaba para un litigio con la propietaria de su apartamento. Nos explicó que la propietaria de la casa entraba sin su consentimiento y que había decidido realizar una obra en el interior que afectaba a la salubridad del inmueble sin consultarlo con ella. Esta situación le generaba angustia y dificultad para dormir. Se priorizó el apoyo para una intervención social (y judicial) al paliativo de los medicamentos.

Caso 2: L., mujer turca (35 años), e intérprete

Llegada y presentación en la consulta

L. lleva cuatro meses (seis sesiones) viniendo a la consulta. Su vestimenta me parece de tipo occidental mezclado con algunos elementos de estilo turco, como las camisas. El motivo de la consulta está relacionado con conflictos con su pareja. No presenta ningún tipo de sintomatología que deba ser tratada por medio de la terapia. La categoría a la que corresponde su consulta es el trabajo de mediación sociofamiliar en el dispositivo etnopsiquiátrico.

L. llega a la consulta por medio de un conocido en el seno de la comunidad turca en Bruselas, que ya había acudido con anterioridad a esta. Anteriormente, iba a la consulta de un psicólogo turco; pero, según dice, prefiere esta porque se siente más apoyada. Hay que destacar que, en ocasiones, los pacientes van a la consulta al tener un conocido que ha acudido o ha oído hablar de ella. En el caso de los pacientes turcos, tanto por parte de la difusión de algunos intérpretes (de origen turco) como por el de otros pacientes de esta comunidad, existe un porcentaje elevado de ellos que responde a este proceso.

En ocasiones, acude acompañada por su marido, R., también de unos 35 años, nacido en Turquía y de padres peruanos. Por lo general, es el etnopsiquiatra quien propone que acudan juntos en determinadas sesiones. Él siempre acepta venir, ya que ambos consideran la consulta como un lugar de discusión sobre la pareja. Ella no habla francés (pero sí lo entiende) y durante la consulta está siempre presente el intérprete. Su marido habla muy bien francés y no necesita intérprete[155].

Motivos de la búsqueda de atención etnopsiquiátrica

El principal motivo para acudir a esta consulta es la relación conflictiva que tiene con su marido, la cual, según nos dice, se debe a problemas de entendimiento. Los conflictos le generan mucha ansiedad y agresividad; nos comentó que en ocasiones ella pone en peligro su integridad pegándole y lanzándole objetos a la cabeza. Él nunca la agrede físicamente. L. mencionó que, gracias a la consulta, ha aprendido a canalizar la violencia y a saber parar a tiempo.

R. comenta que él no suele estar muy a menudo en casa porque trabaja mucho. Además de su trabajo de taxista también hace pequeños trabajos que le ocupan la mayor parte del día. L. expresa en reiteradas ocasiones que tiene la sensación de que sus actividades no son solo el trabajo, sino que también se divierte. Él, en su presencia, le achaca (en francés) ser muy celosa. En el discurso de L. está muy presente la sospecha de que su marido pueda tener relaciones con otras mujeres.

Con R. hablamos a solas en una ocasión; si bien los citamos a ambos, les propusimos que él entrara antes y que ella esperase fuera. Durante ese encuentro, de unos 30 minutos, discutimos aspectos relativos a su vida en pareja y a la vida de otras personas de la comunidad turca en Bruselas. La conversación se desarrolló en francés y el intérprete intervino para dar opiniones sobre el tema.

R. mencionó que una de las fuentes de los conflictos era que ella no hablaba francés y no se podía relacionar con otras personas ajenas a la comunidad turca de Bruselas, mientras que él sí. Pese a llevar muchos años viviendo en Bruselas, ella nunca había querido aprender el idioma y solía quedarse en casa, sin vida social (lo cual parece disgustarle).

155 El intérprete se incorporará posteriormente a las consultas con otros pacientes como coterapeuta. En el apartado 6.4 desarrollo algunos aspectos sobre la praxis profesional de la interpretación linguística y cultural retomando el caso de este intérprete.

El marido dice que, en su trabajo como taxista, ve a muchas personas con problemas de pareja y que, en la comunidad turca de Bruselas, a muchas mujeres les pegan sus maridos. La violencia en la pareja es algo habitual; además de saberlo a través de conocidos, puede observarlo cuando trabaja. También nos cuenta que, en los barrios turcos de Bruselas, los niños prácticamente no aprenden francés, puesto que hablan turco desde que son pequeños y van a las guarderías.

Según explica el intérprete, los negocios turcos como las salas de conciertos, las discotecas o los restaurantes no tardan en cerrar, ya que el 80 % de la comunidad turca en Bruselas viene de la montaña de Turquía (ámbito rural) y no se interesa por esas cosas; tampoco suele tener contacto con belgas.

En una de las sesiones, L. trae unos dulces típicos de Turquía (en mi opinión algo parecidos en la textura al algodón de azúcar que se vende en las ferias de España) y los reparte entre el grupo antes de comenzar la sesión. Esta es una práctica que se suele dar en diferentes momentos, entre consultas o al comenzarlas, propiciada por alguno de los pacientes o terapeutas (en los que se incluye el etnopsiquiatra).

4.2 Casos que precisan de la etnopsiquiatría clínica y de una terapia complementaria

Brujería, la vida entre dos mundos y la voz de los otros

Caso 3: R., mujer marroquí (15 años)

Llegada a la consulta y motivos de la búsqueda de atención etnopsiquiátrica

R. llega a la consulta de etnopsiquiatría de Brugmann a través de una institución de acogida de menores, acude acompañada por sus asistentes sociales en dicho centro (dos chicas de unos 25 años); es la primera vez que viene. Siguiendo la metodología etnopsiquiátrica basada en el *discurso colectivo o chamánico*, W. le da la palabra a las asistentes sociales al inicio de la consulta, estas explican que la causa de que se haya derivado a R. del centro de menores a esta consulta es que sus problemas remiten a su cultura y a su historia personal.

Vive en la institución de acogida de menores. Al principio parece tímida pero progresivamente se va distendiendo. Muestra un grado de madurez en sus reflexiones y comentarios propio de un adulto, desde mi

interpretación. El francés y el árabe son sus lenguas maternas. Su forma de vestir también es la de una mujer adulta (apreciación compartida por el etnopsiquiatra, especialmente por su maquillaje y sus zapatos).

Acorde a la metodología mencionada y acompañadas por la disposición del etnopsiquiatra, las asistentes sociales intervienen en la conversación con el grupo de coterapeutas presentando, según su punto de vista, aspectos de la etiología del distrés de R. y de sus representaciones con respecto a ciertos acontecimientos en su vida. A lo largo de la exposición, R. discute con las asistentes sociales al no estar de acuerdo con la explicación que dan de lo que le sucede o, sobre todo, con las interpretaciones de lo que piensa. Una de estas discusiones, por ejemplo, es en relación con la idea que ella tiene de su padre.

En principio, según las asistentes sociales, el motivo de que acuda a dicha consulta es su apatía y falta de concentración en clase. Según explica, está distraída en clase porque se siente como perdida, como si no supiese dónde está ni quién es; y eso le preocupa. Además, dice estar harta de que no la escuchen, de que los otros cuenten las cosas por ella o de que no entiendan lo que ella dice; en ese momento no puede pensar y se queda en su mundo. Nos comenta que también piensa mucho en su madre, la cual, según menciona el etnopsiquiatra delante de la paciente, en la actualidad pasa períodos internada en un hospital psiquiátrico y cuando está fuera no tiene la custodia de su hija y casi no la ve.

Explica que tiene miedo de que le pase lo que le sucedió a su madre, que fue embrujada. Recuerda que, cuando era muy pequeña, su madre le contó que en alguna ocasión oyó una voz a su lado cuando la abrazaba. Una voz que trataba de evitar que se acercase a ella. Dicha brujería la asocia con el rechazo a abrazarla o algo extraño, que no sabe bien explicar, sucedido cuando era pequeña. Dice que puede deberse a los celos de alguien. Ella prefiere no pensar que es esto, pues le da miedo; sin embargo, admite que es algo que está bastante presente en su vida. W. menciona que hay un refrán que dice que lo que asusta cura.

R. pertenece al tipo de pacientes en cuyo discurso prevalece un modelo explicativo del proceso s-e-a/p que remite a categorías no biomédicas.

Hace dos años, cuando tenía 13 y aún vivía con su madre, R. organizó un viaje a Marruecos con el objetivo de buscar una curación para la enfermedad de su madre y se fueron las dos juntas. R. la llevó del norte al sur del país buscando terapeutas tradicionales que la pudiesen ayudar (algunos utilizaron agua con sal bebida y la lectura del Corán como reme-

dios). A su vez, en dicho viaje se pusieron en contacto con miembros de la familia. Esto, según nos menciona, repercutió en una cierta mejoría de su madre.

R. habla de los sueños repetitivos que más la obsesionan. En ellos, aparecen elementos recurrentes como el agua sucia en las alcantarillas, caballos descuartizados y la visión de sí misma comiéndose su propio pelo. Según interpreta una terapeuta de origen árabe, esto está relacionado con la pérdida y ganancia de energía, y con aspectos relativos a la relación de la paciente con las prohibiciones islámicas y su transgresión.

El psiquiatra le prescribe un ejercicio para el próximo día, que consiste en que piense en diez personas que han sido positivas en su vida y escriba sus nombres en un papel.

Abordando la etiología del padecimiento desde los otros

En la última sesión a la que acudí, por petición expresa del psiquiatra, R. vino acompañada por su madre. A su vez, vinieron otras dos nuevas personas: una psicoterapeuta y una asistente social. Una de las trabajadoras sociales que vino en la primera sesión se colocó en el semicírculo formado por los terapeutas, dejando la posición ocupada hasta la fecha junto a la paciente. Dicha trabajadora social se quedó con nosotros durante el transcurso de otras consultas.

R. permanece ensimismada en sus pensamientos, apenas se mueve, está como dormida. La madre, a su vez, casi no mueve el cuerpo y, por la posición, parece estar encogida (la espalda encorvada, las manos entrecruzadas, etc.). Habla con un hilo discursivo muy entrecortado y algo incoherente al principio; después, poco a poco, lo va conectando mejor. Me transmite la sensación de que está muy cansada (posteriormente explica que así es), cuando se va apenas puede levantarse del asiento.

Al comienzo, durante unos minutos, madre e hija permanecen en la consulta. Después, el psiquiatra le pide a R. que salga y nos deje a solas con su madre. El francés es la lengua materna de la madre (con el árabe). Explica, al presentarse, que envió a la niña a la casa de acogida porque no quería proyectarle sus angustias.

La madre llegó a Bélgica cuando era adolescente. Al principio estuvo viviendo con unos tíos, después con sus padres. Dice que, cuando era joven y veía que las otras chicas de la comunidad marroquí de Bruselas hablaban con los chicos belgas, se preguntaba por qué ella no podía hacerlo. Si lo hacía, si hablaba con los chicos en los cafés, sentía que traicionaba

a los padres (interpreto *padres* como ancestros o referentes culturales de origen); si no lo hacía... a Bélgica, dirá el etnopsiquiatra. Después, menciona, se empezó a sentir perdida.

Llega un momento en la sesión en el que estalla la tensión que acumula y comienza a llorar explicando, algo que no había contado nunca, que a los 14 años fue víctima de violaciones por parte de su tío. Él la amenazó con matar a su padre o con que su padre lo mataría a él o a ella si contaba algo. Desde entonces siente el cuerpo muerto, como si no fuese suyo.

Por lo que hemos podido deducir de lo que ha mencionado su hija en las anteriores sesiones, y de otros casos similares que los terapeutas y el etnopsiquiatra han tratado en este y otros hospitales, es posible que R. también haya sido víctima de abusos sexuales. Al parecer, según hemos comentado entre consultas, también fue un tío suyo, con el que la madre la dejó la primera vez que la ingresaron en el hospital psiquiátrico.

El psiquiatra le propone a la madre que vaya al centro de Etterbeck (el otro centro donde trabaja) con el fin de llevar a cabo técnicas terapéuticas específicas para estos casos de traumas provocados por abusos sexuales. En cambio, R. continuará acudiendo a las sesiones de etnopsiquiatría.

En este caso, encontramos una propuesta terapéutica externa y complementaria. Por una parte, una terapia focalizada en la sesión de etnopsiquiatría para la hija y, por otra, una terapia complementaria a la sesión etnopsiquiátrica para la madre. A esta última, además de acudir posteriormente a las sesiones de etnopsiquiatría, si se estima necesario, se le propone realizar una terapia específica para abordar una de las causas principales de su padecimiento y del de su hija.

4.3 Intervenciones focalizadas en el modelo etnopsiquiátrico

El cuerpo migrante y la humillación: abordaje desde los objetos activos.

Caso 4: K., hombre turco de origen kurdo (40 años), e intérprete[156]

Presentación del paciente y motivos por los que acude a la consulta

K. es un paciente turco de origen kurdo que fue derivado de otro hospital de Bruselas a la consulta de etnopsiquiatría por psiquiatras. Como no habla francés, en todas las sesiones está presente un intérprete de origen turco.

156 Ver Muñoz (2013*c*).

La vestimenta del paciente es europea y no hay ningún elemento que denote su pertenencia a una religión o a un colectivo cultural específicos (al menos que yo conozca). Lleva tres años viviendo en Bélgica, durante los cuales no ha regresado a Turquía. Pese a manifestar en algún momento tensión y nerviosismo, mantiene un comportamiento empático y afable en la consulta. El problema que lo trajo a la consulta es que no puede estar en un sitio en el que no haya retrete, ya que si no lo hay comienza a angustiarse y a ponerse nervioso hasta que pierde el control de su esfínter. Tener que permanecer en un lugar, esperar en una fila o caminar por la calle sin la posibilidad de que haya un retrete cercano le genera este problema.

Por lo demás, aparte de la angustia y las limitaciones ligadas a este síntoma, dice no manifestar otra dolencia. El único caso clínico similar a este del que se tiene conocimiento se presentó en Francia (de lo cual se enteró el etnopsiquiatra y nos informó en la tercera sesión). En cuanto a su trayectoria de búsqueda de atención terapéutica, antes de llegar a la consulta acudió a psiquiatras, terapeutas tradicionales turcos e incluso se sometió a una intervención quirúrgica del estómago; no obtuvo un resultado positivo en ninguno de los casos.

K. nos relata que es una persona a la que no le iba mal en Turquía, tenía propiedades y negocios, pero se arruinó al emigrar clandestinamente. Explica que una mafia le estafó todo su dinero prometiéndole que harían que su familia llegara a Bélgica. Después, su mujer, a la que quería y a la que ayudó (y su principal motivo para emigrar), lo dejó. Por otro lado, sus hermanos, a quienes había encargado sus propiedades, lo engañaron y se quedaron con todo.

En esta primera sesión de presentación, las hipótesis preliminares que se van esbozando junto con el paciente apuntan a que su *problema técnico del retrete*, como lo empezó a denominar K., está ligado a la humillación.

Como vemos a continuación, este caso escenifica (en la trayectoria de búsqueda de atención y la narrativa en la consulta) la representación del proceso salud-enfermedad-atención/prevención del paciente, el cual ha acudido a diversos sistemas de atención, entre otros a la biomedicina.

La donación de un objeto activo como desencadenante de los modelos explicativos del padecimiento

En principio, K. no se refiere a las representaciones y sentidos a los que se podría atribuir su sintomatología (más allá de la referencia indirecta a lo traumático de su pasaje migratorio). Antes de empezar a profundizar en estas cuestiones, hay que mencionar que, durante la segunda sesión, W. (el psiquiatra) saca de un bolsillo una piedra redonda, un poco más pequeña que una moneda de 50 céntimos de euro, pulida y atravesada por unas líneas de colores; le explica a K. que la consiguió en África, pero que en realidad proviene de los países del este de Europa, en los que antiguamente se utilizaba como moneda. Se la ofrece a K. y le recomienda guardarla cerca de él, dormir con ella (le dice que, por ejemplo, puede hacer un colgante y ponérselo en el cuello o guardarla bajo la almohada). K. comenta que se enternece cuando le regalan algo; a continuación, menciona que se siente cansado, que no tiene energía y que no vale para nada.

Después de la consulta, el psiquiatra explica que el objeto pretende actuar, además de en la transferencia, como desencadenante de pensamientos. Es importante que el objeto haya pasado por las manos de todos, que todos lo hayamos tocado y circule por todo el grupo. Como dirá el psiquiatra, el objeto funciona o existe un menor riesgo de que el paciente experimente una mala transferencia, porque él no está solo con el paciente, también estamos nosotros.

En la siguiente sesión, una semana después, le preguntamos a K. cómo se sentía en Turquía, si allí era querido; responde que sí. También habla de las condiciones laborales, con las que no se siente bien porque considera que trabaja mucho y gana muy poco (es sastre en la industria textil). Con respecto a la piedra, dice no haber sentido nada en especial (ha transcurrido una semana desde que W. se la dio). Si bien, comenta, le gusta hablar con el psiquiatra porque eleva su moral y siente emoción; explica que, básicamente, el problema del cuarto de baño le descuadra todo. W. le propone que imagine un objeto que represente los problemas, que cuando piense en la piedra piense en lo que ocurre en la consulta, que piense que la piedra representa algo positivo, es decir, el hecho de que se está intentando ayudarlo. De esta manera, al poner la piedra en su mano pensará en eso (ocurrirá la transferencia). Pero también se puede hacer lo contrario. Se le puede pedir que encuentre un objeto y lo lleve a la consulta, que lo deje aquí y que este represente su *problema técnico*.

W. le comenta al paciente que él trabaja con los objetos porque aquí nos encontramos con muchas historias de sortilegios, con gente de todas partes. El paciente, con renovado interés, le pregunta si eso existe. El psiquiatra contesta que cuando alguien piensa que le han echado un maleficio va a ver al médico (brujo) que cura esto. K. afirma que no sabía que trabajábamos con estas cuestiones. Al parecer, este tema, que no había surgido hasta el momento, le despierta gran interés. A continuación, comienza a hablar de los *djins* en Turquía y de los terapeutas que curan el espíritu y hace algunos comentarios sobre la protección de los terapeutas contra los espíritus. Explica que ha escuchado el caso de un médico que murió al salvar a alguien de un *djin*.

Después nos habla con entusiasmo del caso de su hermana, la cual no podía salir sola de su casa porque sentía que algo la golpeaba. Cuenta que, un día, se fue a la cama antes que el resto de la familia y comenzó a hablar con otra voz. Según K., la voz era de alguien que decía portar un viejo cucharón y no sabía volver a *casa* (a su persona). Llamaron a un médico, pero no supo qué hacer. Entonces, la llevaron con un sufí que elaboró un talismán escribiendo en un papel unas palabras (creo que probablemente eran del Corán, tal y como suelen hacer los sufís en este tipo de rituales terapéuticos), con lo que el espíritu desapareció y ella volvió a su persona.

K. consultó a un boya (terapeuta tradicional turco) y este le dijo que le habían echado un mal de ojo. Sin embargo, ni la consulta ni el tratamiento (del cual no nos habló) surtieron efecto. El psiquiatra, cuyos padres son de origen extranjero, comenta que cuando su padre vino a Bélgica fue bien acogido por la población, pero que el Gobierno lo quería echar. Hablamos de algunos casos similares, como paralelismo político con el tema de la migración y la humillación del paciente. Al final de la sesión, W. le pide que elija un huevo, lo meta en una caja y lo traiga a la próxima consulta. A la pregunta del paciente sobre cómo tiene que ser la caja, el etnopsiquiatra responde que como quiera, que tampoco tiene por qué ser una caja, sino algo que envuelva y contenga el huevo. También le da un papel, de los que acostumbra a utilizar para recetar, en el cual le prescribe traer el huevo.

Después de la sesión, nos reunimos para delinear las hipótesis. Una de ellas es que probablemente su síntoma venga de antes y que, poco a poco, en el transcurso de las sesiones, haya ido asociando temas hasta que surgió lo de su hermana. W. explica que la cuestión del huevo y el envoltorio tiene que ver con la materialización simbólica de su malestar, del cual se puede deshacer al entregárnoslo y dejar que todo el grupo se encargue de él. Ade-

más, el envoltorio está relacionado con lo que significa una cobertura, es decir, un elemento que puede albergar un contenido. Este puede ser, por ejemplo, la cultura de destino, esto es, la belga (con su cultura de origen).

Cuando el psiquiatra apuesta por la brujería y el paciente decide explorar otras hipótesis de la etiología de su padecimiento

En la siguiente sesión el psiquiatra le sugiere que quizás la causa de su síntoma sea una especie de hechizo. El paciente responde que eso no puede ser. W. dice que, en ocasiones, cuando se trata de un hechizo, este puede provenir de una persona cercana, que fue cercana o que quería ser cercana. K. reitera que no, que él se lleva bien con todo el mundo; sin embargo, comienza a recordar que, al poco tiempo de llegar a Bruselas, se relacionó con una persona, pero rompió la relación porque no le gustaba y esta se vengó acusándolo de robar dinero (pues había otro hombre al que le robaron). Dice que está arrepentido de haber venido a Bruselas, pero no puede regresar a Turquía porque allí lo verán como un fracasado.

El paciente habla del choque que había sufrido años atrás, cuando llevó a su mujer al hospital porque sentía molestias en el estómago; allí le dijeron que, si no la operaban, podría morir por falta de circulación de la sangre. Había dejado a su hijo con su tía (el niño tenía 4 años) y recordó que, en aquel momento, sintió verdadero terror por la suerte que este podría correr si a su mujer le pasaba algo. Después, K. habla del taller en el que trabaja y hace paralelismos entre las prisiones y Bélgica, dice que Bélgica es una prisión. Nos cuenta que hay gente que sale de la cárcel, pero hace lo posible para volver a ella. Utiliza el ejemplo de un hombre de origen turco que, según ha escuchado, disparó a una persona con el pretexto de regresar a la cárcel.

W. menciona que Bélgica lo adoptó (al darle la residencia), pero que él no adoptó a Bélgica. Posteriormente, el paciente discute con uno de los terapeutas (un chico de origen congolés que trabaja en otro hospital de Bruselas como psicólogo), argumenta que no es lo mismo llegar a Bélgica como estudiante, refiriéndose a los terapeutas, que llegar como lo hizo él. El terapeuta le explica que, cuando llegó a Bélgica sin papeles, estuvo en un centro de internamiento (de retención y expulsión de migrantes) y que lo que pasó en ese lugar no fue precisamente un camino de rosas. El paciente responde que él no está acostumbrado a sufrir y que tampoco ha sabido estudiar para asegurarse el futuro.

En la sesión siguiente, K. parece más nervioso que de costumbre. Nos menciona que ha visto la ejecución televisada de Sadam Hussein, dos días antes, y esto lo ha encolerizado. Dice que desde que vio como lo colgaban salvajemente y lo grababan, se siente mucho peor. Comienza una discusión en el grupo de coterapeutas sobre este acontecimiento, la guerra en Irak y el tratamiento de las noticias en los medios de comunicación y su impacto emocional. K. concluye que prefiere hablar de otra cosa y que todo esto le genera un profundo malestar. Cabe recordar que K. es kurdo y que el régimen de Sadam Hussein y el Estado turco han llevado a cabo violentas represiones contra el pueblo kurdo. W. propone una pequeña pausa en este momento ofreciendo unos pasteles que había traído a todos los participantes de la consulta.

Tras las dos consultas anteriores, en las que nos ha mencionado que no se le ocurre con qué podría envolver el huevo, K. trae un envoltorio bastante elaborado, hecho por él con plásticos, cartón y sobres de cartas (parece que en el interior alberga algún material blando). El grupo, después, discute frente al paciente sobre el objeto activo y su significado. En mi opinión, algunas de las apreciaciones muestran cierto desconocimiento de su mecánica curativa, ya que muchos miembros del grupo no son los mismos que habían estado en las sesiones en que se abordó el tema y otros no conocen sus fundamentos teóricos y metodológicos.

He dejado de acudir a las consultas, pero por algunos compañeros que han seguido asistiendo he sabido que, tras las dos sesiones posteriores a la entrega del objeto activo al grupo, su problema ha ido remitiendo (por lo menos parcialmente) y que se ha espaciado la frecuencia del síntoma. El paciente ha dejado de acudir a las consultas, porque, según ha dicho, ha decidido regresar por un tiempo a Turquía.

Brujería y posesión: el dispositivo etnopsiquiátrico grupal frente a la agresión de un espíritu

Caso 5: E., mujer marroquí (35 años)[157]

Presentación y llegada de la paciente a la consulta

E. es una mujer de origen marroquí de 35 años; el francés y el árabe son sus lenguas maternas. Lleva ropa de tipo europeo, sin ningún elemento visible de pertenencia religiosa (que yo pueda reconocer). Hace 11 años que no viene a la consulta; llegó a esta derivada del hospital Erasme (Bruselas) por problemas de depresión, sueño, pesadillas y trastornos con componentes culturales; este último problema se repite en muchos pacientes derivados desde otros centros y describe la especificidad de la consulta de etnopsiquiatría vista desde otros lugares del ámbito terapéutico institucional. Los trastornos que ha sufrido la paciente a lo largo de los años están relacionados con la visita de un *djin* que la posee sexualmente durante la noche.

Este caso escenifica un modelo explicativo del padecimiento que remite exclusivamente a un universo cultural no biomédico.

Historia clínica en la consulta etnopsiquiátrica

Hace 11 años, cuando el psiquiatra, W., trató a esta paciente, ya se trabajaba con dos o tres terapeutas en la consulta (en aquella época, 1995, ninguno de los terapeutas actuales estaba en el hospital). Por aquel entonces, tras un tiempo en la consulta no se consiguió ningún resultado con ella.

Un día, al poco de regresar W. de una estancia en Senegal, mientras E. hablaba de un sueño sobre un caballero negro en unas montañas (que, según un terapeuta, podía ser la representación de un genio), casualmente se abrió la puerta de la sala de la consulta y entró uno de los terapeutas (de piel negra). E. se quedó sorprendida por la coincidencia y el psiquiatra (por intuición y de forma fortuita, según explica) sacó una moneda que tenía en el bolsillo, un franco de Senegal, y le explicó que la moneda venía de África y que podía ayudarla con su problema, por lo que se la dio circulándola antes por el grupo de terapeutas.

En ese momento, ocurrió una transferencia: la paciente dejó de sufrir la visita nocturna del *djin* la noche antes de acudir a la consulta (de miércoles a jueves). Al cabo de unos días, encontró debajo de su colchón

157 Este caso fue publicado en Muñoz (2013*a*)

el objeto causante de su maleficio: un sobre que contiene diferentes sustancias y materiales; al parecer, fue su madre la que le hizo el maleficio como venganza por no querer casarse con alguien en Marruecos. W. ha comentado que existe una especie de principio, del que se desconocen las causas (tal vez se deba a las asociaciones de ideas), según el cual, cada vez que se da un objeto y se realiza una transferencia, el paciente, a los pocos días, encuentra (en sitios inverosímiles a veces) el objeto/hechizo.

Motivos por los que regresa en la actualidad a la consulta

La dolencia que la atormentaba en el pasado actualmente ha desaparecido. Sin embargo, tras haber estado tres o cuatro veces con un chico al que quiere, el espíritu parece haber vuelto; se está vengando y haciendo cosas contra él por medio de la aparición en sueños. Surge entonces la cuestión de que, en Marruecos, hace unos años había un especialista de los sueños al que se acudía para contárselos; según W., ahora los psiquiatras monopolizan esa función.

Nadie conocía el motivo por el que no volvió a acudir a la consulta diez años atrás, de un día para otro dejó de venir y no se supo más de ella. Ahora explica que fue debido a que había soñado con W (el psiquiatra). En el sueño aparecía, por un lado, esa persona/espíritu (el *djin*) que quería hacerle daño y, por otro, W. estaba protegiéndola. Entonces, el *djin* (que no guarda parecido con nadie que conozca) y W. se pelearon; y acabó venciendo el primero. El vencedor la amenazó diciéndole que, si volvía a la consulta, matará al psiquiatra. Ella acudió a la siguiente consulta, pero se asustó mucho cuando vio que W. estaba ausente, ya que había enfermado (según W., estuvo tres semanas enfermo), así que decidió no volver a ir hasta ahora. Ha regresado porque dice que cuando mantiene relaciones con un hombre sueña con él y con el espíritu, y teme que este (o ella misma) le haga daño.

Los modelos explicativos de la paciente: el infortunio en su narración biográfica

En la construcción de esta lógica parece que han influido ciertos acontecimientos que ella ha interpretado como significativos. Este es el caso, por ejemplo, de cuando dejó de hablarle al hombre con el que estuvo saliendo mucho tiempo y, al cabo de unos meses, vio que este había cerrado el negocio (que en apariencia iba bastante bien) y se había mudado (él le explicó que fue debido a que se encontraba cansado y tenía muchos problemas). Asimismo, unos años atrás, un amigo quería casarse con ella, pero

se negó. Después de darle la negativa, él volvió a su furgoneta y la puso en marcha, pero al incorporarse a la carretera pasó un camión y lo mató. Cree que envejecerá sola.

Sobre su historia personal, explica que a los 16 años quería estudiar para ser enfermera, pero no la dejaron seguir con los estudios e intentaron casarla con un hombre de 35 años; ella se negó. Le advirtieron que, o bien aceptaba el matrimonio, o se quedaba en Tánger para siempre. Volvió a negarse y la encerraron en una habitación pegándole hasta que se le cayó el pelo. Esto sucedió en 1980; después, su familia y ella fueron a vivir a Bruselas. Sin embargo, E. se puso a trabajar desde joven, con los que ha logrado ser económicamente independiente y casi no mantiene ninguna relación con ellos (desde que se negó a casarse con aquel hombre la rechazan y la consideran la oveja negra). Con su madre mantiene contacto de vez en cuando, aunque su relación es más bien distante y problemática. El hombre con el que querían casarla todavía la ve, va detrás de ella y la amenaza, pese a que actualmente está casado.

Ya desde pequeña le decían que era distinta porque se negaba a aceptar lo que le imponían. Era muy buena en el colegio, pero su madre le hizo un certificado médico para que se pudiese quedar en casa limpiando. El mismo médico (marroquí) que firmó el certificado por aquel entonces se ha dado cuenta de que fue un error y le ha aconsejado que vuelva a la consulta de etnopsiquiatría. Ahora siente como si le subiesen unas bolas por la garganta y fuese a morir. E. comenta que en su anterior trabajo alguien intentó matarla metiéndole algo en la bebida.

Es muy intuitiva y dice tener algunas visiones clarividentes. En una ocasión tuvo una experiencia en la que intuyó que le estaban robando en casa. Al ir a su casa, alertada por la premonición, se encontró con el ladrón dentro (un tipo que anteriormente le había robado el bolso y cumplió prisión por ello). Soñó con un conocido y al poco falleció. Dice que su madre se protege de ella mediante los imanes, ya que, en cierto modo, le atribuye poderes brujos. En muchas ocasiones, su madre y ella han tenido sueños simultáneos. E. comenta que una de las cosas que más le han marcado han sido los imanes de Marruecos, a los que acudió para que intentaran curarla. Estos le pegaron, con lo que reprodujeron los traumas de cuando le pegó su familia. Dice tener un problema relacionado con todo lo que sea avanzar, como conducir o aprender (tiembla al hablar de esto). Cinco años atrás estuvo enamorada de un chico sirio con el que se quiso casar, pero su madre envió a su hermano para que amenazara de muerte al chico si lo hacía.

Algunas propuestas para la mejora de la mecánica curativa

El psiquiatra comenta que la otra consulta de Etterbeck (de tipo diádico) no funciona porque están solos. Aquí, nosotros lo protegemos (a él), podemos luchar contra su enemigo en el sueño y lograr que la terapia sea eficaz. Afirma que, al principio, en las sesiones en 1995, funcionó porque también había más gente en la consulta. W. propone que venga su madre a la consulta, pero E. se niega. El psiquiatra argumenta que no es para ayudarla a ella, razón por la que se niega (ya que, según nos dice, su madre no lo haría), sino para proporcionarnos información sobre su infancia. Una terapeuta insiste y le explica que es bueno tener un apoyo externo en la consulta. Quedamos en la posibilidad de que venga una prima suya (con la que tiene confianza y a la que le suele contar sus sueños). La paciente ha seguido acudiendo, de forma constante, a las siguientes sesiones de la consulta de etnopsiquiatría (ver Muñoz, 2013*a*).

Entre la nominación biomédica y la etiología mágico-religiosa

Caso 6: A ., mujer de origen marroquí (45 años), acompañada por su hijo (11 años)[158]

Presentación en la consulta

La paciente, A., habla francés con fluidez. Otro hospital de Bruselas la derivó a la consulta de etnopsiquiatría de Brugmann. Cuando me incorporé al hospital, era la tercera vez que ella acudía. Por vez primera, se presenta, en esta consulta, acompañada por su hijo de 11 años. Lo hace por propia iniciativa. Desde hace 11 años, menciona, acude a diferentes médicos y psiquiatras de Bruselas y toma distintos tipos de medicamentos, no ha obtenido resultados.

Nació en Marruecos y lleva viviendo 30 años en Bélgica, alternando su residencia entre Bruselas y Amberes. Se dedica al trabajo del hogar, si bien no tiene un empleo remunerado en la actualidad. Está casada y su marido viaja varias semanas al mes por motivos de trabajo (es transportista). Comparte su vivienda con una hermana. Acude vestida con ropa tradicional marroquí, lleva un hiyab que le cubre el cabello; su hijo porta ropa de tipo occidental. Parece estar asustada y se mantiene en tensión en todo momento.

158 Un breve extracto de este caso se analiza, en la propuesta del nomadismo terapéutico, en Muñoz (2020).

Motivos para la búsqueda de atención etnopsiquiátrica y síntomas del distrés

Al igual que en el caso descrito antes, A. mantiene un discurso no biomédico sobre su padecimiento: atribuye la etiología a un marco explicativo de tipo punitivo/religioso al haber cometido una falta que es sancionada por Alá. Sin embargo, a diferencia del caso anterior, plantea la necesidad de encontrarle un nombre y un sentido que pertenezcan a las categorías nosológicas biomédicas (depresión, trastornos del comportamiento, etc.).

Por lo que el etnopsiquiatra y los coterapeutas hemos podido comentar brevemente entre consultas, su caso puede ser considerado, según la cultura biomédica, como un trastorno psicótico con episodios paranoides y alucinatorios moderados o agudos.

Al inicio de la consulta, A. comenta la necesidad de un tratamiento médico para evitar la angustia. Tiene miedo a fallecer por causas naturales, sobre todo si es de manera súbita. Siente que pierde el cuerpo, lo cual le provoca mucha angustia; a continuación no siente nada, como si fuese una hoja, esto le genera aún más angustia. Gracias a los medicamentos dice que vuelve a sentirlo.

También explica que, al atardecer, comienza a ver con más fuerza las cosas que son más oscuras en relación con las luminosas, que pierden intensidad, hasta el punto de que la atrapan y no puede dejar de observarlas. En ese momento, siente que está en un tunel negro y que no puede salir. A. le pide a su hijo que salga de la sala, pero él no quiere salir. Comenta que estas cosas no las conoce nadie, a lo que W. responde que ahora sí, su hijo; y el hijo sonríe. A. le pregunta al niño si tiene miedo, él dice que no. Durante toda la consulta juega con el teléfono móvil sin, según mi interpretación, prestar atención a la situación que se desarrolla a su alrededor.

El acompañamiento grupal en la narrativa del distrés y las explicaciones de su etiología

La paciente explica que hizo algo que a dios no le ha gustado y la está castigando. Menciona que suele soñar con plomo que sale de su vientre. Una coterapeuta marroquí comenta que, al parecer, esto en Marruecos está relacionado con la brujería y la curación. A. nos dice que, en un momento, dejó de ser lo que era antes y salió alguien como lo que es ahora; siente una pérdida de la personalidad, le gustaría ser como antes.

La misma coterapeuta, como si estuviese movida por una intuición o una información previa que yo desconozco, debate sobre el tema de la brujería y la posesión en Marruecos. Según explica, alguien puede ser ob-

jeto de la brujería simplemente porque pasa por algún sitio y esta lo atrapa. La posesión por un *djin*, como en el caso que nos relata, puede estar relacionada con el destino.

A partir de la intervención de la coterapeuta, A. explica que todo comenzó una tarde en la que bajó al sótano de su casa en Amberes, acompañando a su madre. Estaba anocheciendo mientras bajaba por las escaleras y, cuando ya casi habían llegado, perdió el conocimiento y se despertó en el hospital. La persona que se despertó, que es la de ahora, era totalmente distinta de la que había sido antes. Desde ese momento, comenzó a tener este tipo de percepciones y sensaciones (las voces, las visiones al atardecer, la sensación de muerte, etc.).

Una de las coterapeutas musulmanas, C., (es profesora de islam en un colegio y porta un velo que cubre todo su cuerpo) menciona que los sótanos pueden ser lugares habitados por *djins*, al igual que otros sitios húmedos como grutas o subsuelos. Comenta que, en Marruecos, el anochecer suele ser el momento idóneo para que se den este tipo de acontecimientos de posesión. W. inicia una discusión con ella confrontando sus afirmaciones con otros conocimientos y consideraciones acerca de la brujería en el islam y en Marruecos. Ella defiende su opinión y W. insiste, parece dar muestras de enfado. Esto me sorprende, ya que no suelen darse situaciones de este tipo en la consulta (luego, al finalizar el día y salir con W. y otras compañeras del hospital, explicará el motivo de su enfado).

La paciente menciona que una de las cosas que más le preocupan es no poder rezar tantas veces ni en los momentos adecuados, como hacía antes. C. le explica a la paciente que parar de rezar no es un problema, puesto que dios sabrá adaptarse a sus posibilidades, ya que así es como está escrito (creo que se refiere a la interrupción de ciertos preceptos y normas en caso de enfermedad, como el ayuno en el Ramadán o el rezo). La paciente la escucha con atención y asiente a lo que dice.

A. dice que siente la muerte cada día, la huele, y le da pánico. Tiene miedo de no ser perfecta, ya que antes (de la enfermedad) era muy creyente e intentaba serlo. Siente que está en un túnel negro y oye voces, pero no puede salir.

Algunas propuestas tentativas en la búsqueda de la eficacia terapéutica

W. le comenta a la paciente que tal vez debería volver al sótano y recuperar el vestido que se quedó allí. A. responde que volver a la casa en Amberes le da miedo. No se queda nunca despierta por la noche porque escucha

voces. Menciona que le gustaría poder hacer el bien, ayudar a la gente a través del islam. W. le explica que se trata de que ella encuentre el manual de instrucciones para saber qué hacer con esas voces y percepciones, que tal vez ella podría volverse una curandera y, de esta forma, hacer el bien y ayudar a los otros.

Se comenta en el grupo que, en Marruecos, los terapeutas tradicionales no están mal vistos; pero, aquí en Bruselas, sí (luego sabré, durante mi trabajo de campo en otro contexto de Bruselas, que esto se debe a que los imanes monopolizan la función terapéutica y denostan a aquellos que tratan de hacerles la competencia). A. habla de lo importante que es para ella hacer un viaje a la Meca.

A. expresa, en sucesivas ocasiones, la necesidad que tiene de darle un nombre a su enfermedad y se refiere a «los nombres de la psiquiatría» (melancolía, depresión, etc.). W. comenta que él pertenece a una cultura médica que es justamente eso, una cultura; ni más ni menos. A. señala que el motivo principal por el que vino a la consulta era que creía que W. le iba a dar medicamentos.

A. tuvo un hijo poco después de que le empezaran a pasar estas cosas. En la actualidad, el niño tiene 10 años y es invidente. Vive en una familia de acogida por orden judicial. Su familia dice que el niño es ciego debido a lo que ella tiene. Una de las coterapeutas comenta que en el islam la invidencia es un síntoma de lo contrario: la videncia y que se considera algo afortunado. A la paciente le retiraron la custodia del niño en una de sus crisis habituales: durante la noche, necesita imperiosamente salir a la calle y, sin casi darse cuenta, lo hace y se dirige al hospital.

Por orden del juez, fue el niño (con 11 años) el que pudo decidir ver a su madre una vez al mes. Esto suscita una discusión, promovida por W., entre los coterapeutas y el etnopsiquiatra relativa a la falta de profesionalidad del juez al delegar la decisión en el hijo de 11 años. A este tenor, W. propone una medida social: escribir una carta al juez recomendando que su madre pueda ver a su hijo más a menudo. W. pregunta si vendrá su hijo, que ahora la acompaña, a la próxima consulta. Ella responde afirmativamente y el psiquiatra decide que, en la próxima sesión, cuando ella entre, el hijo se quedará afuera unos minutos.

En la siguiente sesión se trata de explorar, entre otras cosas, la narrativa de aquel evento vinculado con el desmayo al bajar al sótano que, según A., es el parteaguas a partir del cual tuvo lugar el cambio en su persona. La información que proporciona en esta sesión no aporta más elementos

para que los terapeutas diluciden nada nuevo y, hasta donde puedo observar, no se consigue una eficacia terapéutica, es decir, la remisión del distrés provocado por la sintomatología, aparte de un control puntual y a corto plazo que A. ya había experimentado previamente a través de los medicamentos prescritos. A. deja de acudir a la consulta durante dos meses; después regresa.

5. El encuentro de los terapeutas entre consultas: funciones y contenidos

El tiempo entre consulta y consulta suele depender de lo que esta se haya alargado y de si el siguiente paciente está ya esperando afuera de la sala. A veces no existe el intermedio y otras, al faltar un paciente, puede durar una hora. Es uno de los pocos momentos en que el psiquiatra y todos los coterapeutas se encuentran en un escenario distinto al de la consulta. Esto sucede también antes de que llegue el primer paciente o, en algunas ocasiones, al final de la sesión, cuando concluye antes de lo previsto.[159] Dicho espacio entre consultas se dedica a comentar diversas temáticas que pueden incluir aspectos sociopolíticos de la actualidad, reflexiones en torno a la metodología en la consulta o a la evolución de un paciente, contrastes de opiniones en relación con un hecho acaecido en el transcurso de la consulta o posibles líneas de actuación para la próxima sesión. La mayor parte de estas reflexiones emergen en la conversación con el paciente y, a excepción de mecanismos terapéuticos concretos que se usarán con un *efecto sorpresa,* como los objetos activos, se abordaron en su presencia.

Este momento es relevante, a su vez, para el descanso y reajuste, por medio de procesos informales como ir a tomar un café o compartir algo de comida, de los vínculos con los compañeros del grupo y el etnopsiquiatra. En ocasiones, se debaten cuestiones controvertidas como los choques entre diferentes puntos de vista de los terapeutas con relación al desarrollo de las consultas anteriores. Sin embargo, la mayor parte de las veces, dichas prácticas ritualizadas a diario (pero dependientes de la eventualidad) sirven para relajar la tensión acumulada en la consulta y cohesionar al

159 Algunos días específicos se llevan a cabo reuniones de coordinación o actividades de formación con el etnopsiquiatra. Estas reagrupan, por lo general, a algunos de los terapeutas que forman parte del grupo *habitual* (los que más tiempo llevan en la consulta) y a aquellos que están en su período de prácticas y formación universitaria.

grupo. Por ejemplo, en el caso de algunos terapeutas y del psiquiatra cumple, a veces, una función terapéutica, en el sentido de retroalimentación o reequilibrios y compensaciones.

Por otro lado, en la sala de espera los pacientes charlan con alguno de los terapeutas o intérpretes que han salido a fumar un cigarro a la puerta de la calle (a pocos metros de la sala de espera), o a comprar un café o algo de beber en una máquina junto a la salida. En ocasiones, algunos de los pacientes, debido a la prolongación de las consultas u otros motivos, coinciden en la sala de espera. Esto desencadena situaciones diversas que pueden ir desde la indiferencia, el intercambio y la comunicación hasta momentos incómodos (por ejemplo, si provienen del mismo entorno y se conocen).

Basándonos en la recurrencia y la pertinencia temática con respecto a los aspectos teórico-metodológicos centrales en nuestro análisis sobre esta praxis etnopsiquiátrica, describiremos dos núcleos de interés presentes en el espacio entre consultas: *a)* las intervenciones del etnopsiquiatra o los miembros del grupo de coterapeutas en otros espacios distintos a la consulta, y *b)* las divergencias y convergencias de percepciones y formas de actuar en el seno del grupo.

5.1 Intervenciones en espacios distintos a la consulta de etnopsiquiatría: demandas en el seno del hospital y aproximaciones al contexto de vida del paciente

Según lo discutido en el espacio entre consultas y sumado a lo que pude documentar durante algunas consultas y entrevistas, existen dos tipos de intervenciones en espacios diferentes a la consulta de etnopsiquiatría. La primera, llevada a cabo por el etnopsiquiatra, acontece en el seno del hospital. La segunda, operada por el grupo de coterapeutas y el etnopsiquiatra, ocurre en el contexto de vida del paciente, generalmente en su casa.

En cuanto a las intervenciones que el etnopsiquiatra, a petición del personal de salud, lleva a cabo en el seno del hospital, podemos distinguir dos categorías: *a)* aquellas con pacientes, en curso o antiguos, de la consulta de etnopsiquiatría que acuden al Área de Salud Mental o a otra, y *b)* las intervenciones con pacientes, no conocidos por el etnopsiquiatra, de distintas áreas del hospital, principalmente de Urgencias.

Pertenece al primer caso la discusión (entablada mientras esperábamos a un paciente que tardaba más de lo habitual) en la que comenzamos a tratar la cuestión de la transferencia con los objetos activos. W. nos relató el caso, unos años atrás, de un niño de año y medio al que diagnosticaron psicosis antes de su llegada a Brugmann. El niño lloraba angustiado, W. le dio una piedra en la consulta y se calmó. El acto y la posesión de la piedra provocaron en él un efecto ansiolítico no solo en aquel momento, sino también, según nos dijo W., después de la consulta. El problema surgió unos días más tarde, cuando la piedra se le perdió al bañarse; entonces se puso a llorar desconsoladamente de nuevo. Sus padres le intentaron dar muchas cosas parecidas, pero nada funcionó, con lo que decidieron ir a Brugmann en busca del etnopsiquiatra. Como ese día no se encontraba en el hospital y no hallaron una solución, los enfermeros terminaron llamándolo a su casa para que acudiese al Área de Salud Mental y le diese otra piedra al niño; así lo hizo y obtuvo los efectos esperados.

El segundo caso corresponde al relato, transmitido por W., de un hombre senegalés que apareció en las Urgencias del hospital Brugmann en un estado de salud muy precario debido al hambre y al cansancio. W. acudió a petición de los enfermeros y médicos en este área, ya que no conseguían entablar comunicación con él y lo notaban muy agitado y ansioso. Al llegar, W. optó por decirle, sin saber de qué procedencia era, dos palabras que conocía en wolof y él le contestó, con lo que pudo constatar que era senegalés. Entonces llamó a una compañera, mediadora intercultural en el hospital, senegalesa que consiguió hablar con él. El hombre le explicó la importancia que para él tenía un cinto que llevaba atado y el personal de salud le había quitado. Gracias al hecho de haber recuperado el cinto, según nos relata W., y habérselo puesto otra vez, sumado al efecto de conseguir comunicarse con alguien, da muestras de mejoría. W. detalló en el parte médico lo sucedido con el fin de que no se lo volviesen a quitar. A pesar de su escepticismo acerca de qué pensarían los otros médicos y enfermeros al leerlo, descubre al cabo del tiempo que le han hecho caso.

En cuanto al acercamiento al contexto de vida del paciente, el psiquiatra alude (en dos ocasiones entre consultas) a que, antes de existir esta consulta de etnopsiquiatría en Brugmann, el doctor Snacken (otro de los psiquiatras del hospital que colaboró en la conformación de la actual consulta etnopsiquiátrica) iba a casa de la familia de uno de sus pacientes marroquís. En el transcurso de las consultas entabló una buena relación con él y constató que la visita ejercía un efecto terapéutico.

En este sentido, W. menciona que también es importante trabajar sobre la familia, así como cambiar el marco de la relación. En la consulta, los terapeutas son los anfitriones, con lo que ello implica en la relación de poder terapeuta-paciente; en cambio, en el contexto familiar del paciente son los invitados. Sumado al cambio de roles dominantes en la consulta, opera a su vez un cambio en el esquema de representación que los pacientes tienen de los actores sociales que acuden a sus casas, por lo general policías o asistentes sociales, que se presentan como agentes coercitivos percibidos como creadores de problemas.

Los miembros de la consulta de etnopsiquiatría, como equipo, han acudido a la casa de ciertos pacientes en alguna ocasión. Por ejemplo, en varias ocasiones fueron invitados a comer a casa de un chico y su padre. El padre les mostró la casa, les presentó a la familia, etc.; de este modo, gracias al papel de cabeza de familia, el padre recuperó la autoridad frente al grupo y a su hijo. En ese sentido, relata W., se trabaja también con los miembros de la familia y la comunidad del paciente, y se puede llegar (como en la aproximación sistémica) a convocar a la consulta a varias familias a la vez, o bien a diversos miembros del entorno social del paciente. Este chico, afirma el etnopsiquiatra, se curó de la crisis después de haber restablecido la demandada autoridad del padre (y, a través de ello, de otras figuras en la familia), lo cual fue posible gracias a la posibilidad de conocer el contexto de vida del paciente y a que la mecánica curativa operara con la presencia de los terapeutas en estos espacios significativos para el paciente y diferentes de la consulta o el hospital.

5.2 Un espacio de visibilización de divergencias y convergencias en el grupo: el caso de la laicidad institucional versus las praxis religiosas

Las dinámicas y relaciones entre terapeutas y psiquiatra se reajustan y regulan en diferentes situaciones: desde los seminarios que él imparte dirigidos a aquellos alumnos que hacen sus prácticas de psicología o deciden acudir de oyentes, hasta los momentos entre consultas y al finalizarlas. Estos últimos espacios son especialmente significativos, ya que todos los coterapeutas se encuentran presentes.

En los debates y discusiones entre consultas pude apreciar, como complemento de lo observado en el transcurso de las sesiones, que en este

grupo de etnopsiquiatría predomina tanto el respeto a la divergencia y diversidad de opiniones como una cierta convergencia, tácita, de carácter operativo que está condicionada por ciertos liderazgos, como el que ejerce el etnopsiquiatra y los participantes con más experiencia, produciéndose posiciones dialécticas en el grupo. En el caso del etnopsiquiatra, esto sucede especialmente por la relación contractual y de poder con los alumnos que están en prácticas, a los que debe evaluar.

W. recalca que, a diferencia de otros enfoques de etnopsiquiatría que se fundamentan más en el consenso y en no mostrar divergencias, prefiere que haya discusión dentro del grupo. Un elemento, a este respecto, relevante es que, si bien se necesita la invitación del etnopsiquiatra para participar en las consultas, esta tiene un carácter protocolario, pues se acepta a casi todos los solicitantes o antiguos acompañantes de los pacientes y ellos deciden el tiempo de permanencia como coterapeutas. Esto es muy distinto a los filtros que se establecen en otras praxis etnopsiquiátricas en Bruselas y en la que lleva a cabo Tobie Nathan en París. No he sabido de ningún caso en el que un coterapeuta haya sido expulsado de la consulta en Brugmann.

La relación de fuerzas y el marco que estructura las relaciones entre el grupo no depende de un consenso pactado previamente, sino que se modela con las dinámicas instauradas en función de las personalidades y caracteres de los miembros del grupo de terapeutas y, principalmente, del etnopsiquiatra. La única norma tácitamente admitida por los participantes es la aceptación, fruto de la experticia, de que el etnopsiquiatra sea quien coordina las consultas.

Durante el transcurso de la consulta, pude observar en contadas ocasiones alguna diferencia de opiniones o discusión, de carácter conflictivo, sobre un tema o evento en particular entre el psiquiatra y uno de los coterapeutas. Cuando esto sucedía, la posibilidad de divergencia de opiniones o el predominio e imposición del discurso del psiquiatra se ha decantado, variablemente, en uno y otro lado. Solo en una ocasión fui testigo de una actitud abierta de condena a una terapeuta por varios compañeros experimentados en la consulta, al terminar las sesiones y salir el grupo del hospital.[160]

160 Me ahorro dar más detalles sobre su identidad por respeto a su anonimato. Es un grupo que, por su experiencia y su estatus debido a la antigüedad de su participación, tiene influencia en el devenir de la consulta, ya que sus miembros son muy cercanos al etnopsiquiatra.

En este particular, la discusión guardaba relación con una interpretación casuística de la sintomatología de una paciente y con cómo había sido gestionada la diferencia de opiniones frente a ella. Se trata de un hecho ocurrido en el caso número 6, narrado anteriormente, con respecto a la paciente A. y la coterapeuta, musulmana de origen árabe, C. Como en todo juicio de valor, en un contexto semejante, la frontera entre la argumentación objetiva, la defensa de la operatividad del dispositivo y las apreciaciones personales motivadas por los supuestos implícitos del enunciante se entremezclan en un precario equilibrio. La discusión, que en apariencia parecía deberse a la diferencia de opiniones en torno a una interpretación entre el etnopsiquiatra y ella durante la consulta, se tornó en un juicio sobre la interacción cultural de C. (practicante del islam y estudiante de psicología en prácticas) a la hora de saludar a los compañeros coterapeutas. El enojo de los compañeros remitía al hecho de no querer darnos la mano por considerar, según explicaron, que tiene una connotación sexual.

Por otra parte, C. era la única coterapeuta cuya apariencia física, el velo de cuerpo que portaba, denotaba una práctica religiosa. La discusión estuvo acompañada de una crítica a la Universidad Libre de Bruselas por no haber puesto freno a situaciones, como salir de clase para rezar, que habían generado conflictos en el seno de la universidad (se mencionó que había habido problemas con dos estudiantes de medicina y química, a las que expulsaron por llevar el velo de cuerpo y la cara tapada). Esto se articuló (como pretexto para la regulación/exclusión, o bien como elemento de contexto explicativo) con la historia de tradición laica de la universidad, la cual fue fundada por la masonería[161] y sigue bajo su dirección, como alternativa al monopolio del conocimiento y la enseñanza que ejercía la iglesia católica (en universidades como la Católica de Lovaina). A ello se le sumó que, en ese momento del trabajo de campo, la discusión

161 Es ampliamente sabido por los estudiantes (entre los que estaba yo) que para ser docente es *preferible* ser masón y pertenecer a una logia. Algunos estudiantes, a su vez, tienen familiares en la masonería y, por su emblemático carácter masón, son enviados con orgullo a esta universidad. Hay muchos elementos simbólicos en sus edificios (la biblioteca tiene forma de escuadra, por ejemplo) y en los ritos de paso de los estudiantes recién llegados (los cuales se pueden adscribir a grupos estudiantiles con ciertas características en su estructura y visibilización de logia) que remiten a la masonería. Creo que sería de gran interés una investigación etnográfica sobre estos y otros aspectos semejantes presentes en esta universidad.

política y mediática sobre la laicidad en las instituciones públicas en Francia y Bélgica estaba en el aire.

En mi opinión, como muestra este caso, esta defensa de la laicidad en una consulta cuya propuesta teórica trata de coordinar, desde la multiculturalidad, diferentes modelos explicativos y abordajes terapéuticos del padecimiento (entre los cuales están los de corte religioso), no deja de suponer una frontera porosa. Esta frontera se traza mediante movilizaciones simbólicas y concepciones jerarquizadas de los tipos de atención que a fin de cuentas ocurren en una institución pública de salud. A este tenor cabe preguntarse, ¿acaso la magia o la brujería son mejores aliados de la laicidad que las expresiones religiosas que portan sobre su cuerpo los terapeutas? La etnopsiquiatría, y su universo polifónico, tampoco puede escapar de sus contextos sociales de enunciación.

6. Especificidades de la consulta etnopsiquiátrica a la luz de los estudios de caso

La aproximación teórico-metodológica de la práctica etnopsiquiátrica en Brugmann es análoga a la que lleva a cabo en las consultas del centro Georges Devereux, en París, Tobie Nathan. No obstante, existen algunas diferencias; por ejemplo, la prudencia en la aplicación de técnicas como las de tipo adivinatorio, así como ciertas dinámicas diferenciadas, que se establecen en el desarrollo de la consulta entre los participantes, vinculadas al carácter del terapeuta principal.

La práctica etnopsiquiátrica parte de una reformulación del psicoanálisis y de la mediación, e imbricación, con modelos terapéuticos no biomédicos de los países de origen de los pacientes. Para ello, a través de una perspectiva complementarista que toma en cuenta diferentes dimensiones explicativas, se trata de considerar los procesos relacionados con el psiquismo, con lo social y con lo cultural. El método complementarista presupone y exige la existencia de diversas explicaciones exhaustivas en su cuadro de referencia, pero apenas parciales en otro cuadro distinto; de tal manera que, en la práctica psiquiátrica, no se excluya ningún método o teoría terapéutica, sino que se trate de coordinarlos (Devereux, 1998 [1951]). Lo importante, desde este punto de vista, será la eficacia que se desprenda de un mecanismo terapéutico adaptado al universo explicativo del paciente, al margen de si se fundamenta en el razonamiento científico o de una religión o etnia determinada.

Como campo de mediación entre las diferentes cosmovisiones y modelos explicativos de terapeutas y pacientes, la etnopsiquiatría trata de prestar atención principalmente a los mecanismos que intervienen en la curación, creando una suerte de ciencia de la influencia, la *influenciología*.[162] La teoría que elabora constituye un proceso reflexivo en construcción que busca asentar las bases heurísticas para un trabajo práctico e interpretativo en el campo de la salud mental y la migración que no descalifique las psicopatologías locales, que revalorice los fundamentos teóricos implícitos en las prácticas terapéuticas tradicionales y que demuestre que estas prácticas pueden, de igual forma que los modos hegemónicos de curar, proveer de soluciones a los problemas técnicos, y que pueden servir en todo lugar y para cualquier terapeuta (Nathan, 2000).

Para ello, la consulta, además de una dimensión clínica, tiene un carácter de seminario en el que, con el papel moderador y central del psiquiatra, se reflexiona en torno a temas que van surgiendo, como la metodología etnopsiquiátrica. De esta manera, busca ser un espacio de constante investigación y reflexión con el objetivo de generar pensamiento.

Con el fin de desarrollar una metodología adaptada a la diversidad de itinerarios socioculturales de sus pacientes, la etnopsiquiatría relativiza ciertos principios hegemónicos, presentes en los corpus teórico-prácticos de las psicoterapias occidentales, y se inspira en algunas praxis de aproximaciones terapéuticas presentes en culturas no occidentales incorporando tres elementos característicos: *a*) el grupo multicultural y multidisciplinar de terapeutas y su organización espacial; *b*) el discurso sobre el paciente, y *c*) el uso de los objetos activos.

6.1 La organización terapéutica del espacio

En la consulta etnopsiquiátrica de Brugmann, la concepción del espacio desempeña un papel principal. Para entender su relevancia cabe comen-

162 Frente a la posibilidad de manipulación por parte del terapeuta, surge la posibilidad de que el paciente se revele recalcitrante. Según Nathan (2001), frente a la pregunta de ¿cómo transformar a un ser humano en sujeto recalcitrante y no en un zombi al servicio de la teoría de su terapeuta?, la respuesta es «incluyéndolo en un colectivo del cual puede, en todo momento, declararse el representante» (para ello, se basará en experimentos en psicología social como el de Milgram (1974), o en propuestas como «Des sujets récalcitrants» (Latour, 1997).

tar que la práctica etnopsiquiátrica se entiende, fundamentalmente, como acción más que como interpretación, de modo que pertenece más al campo de la pragmática que al de la hermenéutica. En este sentido, la fuerza específica de naturaleza lógica de la acción que contiene una terapéutica y que lleva al paciente al cambio guarda una íntima relación con la configuración del espacio y la disposición que en él adoptan sus protagonistas.

Un ejemplo ilustrativo de esto es el dispositivo psicoanalítico, cuya organización desencadena procesos regidos por la analogía. Dichos procesos incumben, en el caso de la díada terapeuta-paciente, a los dos protagonistas por la sola situación. En este sentido, por ejemplo, la disposición del diván y el hecho de adoptar una posición tumbada instauran al paciente en una experiencia no ordinaria. En esta situación, según Nathan (2001*b*: 106), uno de los mecanismos que operan en la mecánica terapéutica consiste en el sistema de comparación término a término. El psicoanalista, gracias al dispositivo espacial, provoca una inducción.

Al mismo tiempo, la actividad psicoanalítica se refiere a una teoría en la cual el discurso asociativo del paciente (el material bruto) no es comprensible más que a la luz de los mecanismos inconscientes situados metafóricamente debajo o detrás (teoría de la intencionalidad inconsciente). Con lo que la verdad inconsciente susceptible de ser desvelada por la interpretación es al discurso del paciente lo que, en el espacio, la posición del sofá del terapeuta es a la del diván. De este modo, no solo se da un desarrollo del discurso asociativo (e interpretativo) a lo largo de la consulta, sino que también se impone una inducción del razonamiento analógico en el acto. Esta inducción es tan activa que las interpretaciones de la transferencia retoman seguidamente el mismo tipo de analogía (ver Nathan, 2001).

Un ejemplo de dicha analogía en la consulta etnopsiquiátrica del hospital Brugmann, a través de la configuración de los actores en el espacio, es la disposición en círculo en la que ninguna ubicación se distingue en relación con las otras. Esto implica, entre otras cosas, que todos comparten una característica común: pertenecer a su vez cada uno a otro círculo, metafórico, de su grupo cultural de pertenencia. La inferencia analógica y el desarrollo técnico de la sesión están íntimamente ligados al proceso de desapego del continente de los enunciados. En este caso, el paciente deja de hablar como un ser universal para hablar como alguien procedente y representante de su cultura de origen.

Es así como la formulación terapéutica principal se atribuye ahora un sentido común aceptable. Antes de la terapia, el enfermo padecía una enfermedad situada en un mundo ordinario en que el sentido, aunque escondido, le era en principio accesible. En cambio, después de esta, adquirirá la convicción de que el sentido de su mal está situado fuera, en un lugar no ordinario (mundo de los *djins*, espíritus del bosque, etc.), al cual no puede acceder por sus propios medios (Nathan, 2001*b*: 114). Por el efecto de la influencia analógica motivada por el espacio cerrado estructurado, como el *medio maná* de Mauss (1966 [1902]), alrededor de analogías formales, el paciente sale de su aislamiento patológico y se reintroduce en un proceso de mediación con otros seres humanos en el que, como él, cada uno está situado en su círculo cultural de pertenencia o identificación.

Por otro lado, enlazando con la idea de Erving Goffman (1970) de que la enfermedad mental provendría de la ruptura del proceso situacional y comunicativo del actor, estas dinámicas, preestablecidas a través de la composición de una escena en la que los actores ocupan un espacio técnico intercomunicativo determinado, requerirán de la reactivación de una serie de habilidades cognitivas e interaccionales por parte del paciente que tienen como objetivo el proceso resocializador.

La importancia del espacio en el dispositivo técnico parte del hecho de que, si se considera que un síntoma es un texto sin contexto, la puesta en relación de un continente con un contenido desencadena, por una nueva comparación, la atribución del texto a un contexto.

6.2 Los terapeutas: funciones del grupo multidisciplinario y multicultural de participantes en el dispositivo técnico-espacial

El grupo de terapeutas, constituido por personas con formaciones y trayectorias socioculturales diversas, cumple seis funciones principales:

a) Dota de un *carácter público* a la consulta. El público actúa de grupo de control testimonial, supervisando y sometiendo a la observación tanto la relación de poder, el saber hacer y la imposición de ideologías entre el psiquiatra y el paciente como su propio comportamiento.

b) Actúa como un *cortafuegos*, ayudando a disipar o diluir los posibles efectos adversos que la constante exposición a experiencias traumáticas, en el contacto cotidiano con el padecer de los pacientes, puede tener para

el terapeuta. De esta manera, se confiere una mayor consistencia emocional al grupo, así como coherencia a su práctica clínica

c) Sirve de *actor resocializador*, promoviendo la movilización de recursos y habilidades cognitivas y comunicativas del paciente, y ayuda a que desde esta perspectiva colectiva la transferencia y contratransferencia sean de mayor eficacia terapéutica.

d) Es un referente heteróclito como grupo participante en las instituciones y perteneciente al país de acogida, ya que está compuesto por personas originarias de culturas alóctonas y autóctonas. Esto permite que el paciente pueda pasar de ser un individuo universal (descontextualizado) a ser un representante del grupo cultural del cual es originario (Nathan 2001*b*: 114) y con el que se identifica.

e) Constituye un *potencial terapéutico de enfoques y aproximaciones* gracias a las distintas formaciones académicas, trayectorias vitales y representaciones sociales de sus componentes. En este sentido, actúa como multiplicador de puntos de vista, permitiendo un desarrollo caleidoscópico de las interpretaciones y sus referentes, frente al dispositivo dialógico confesional de la díada (Nathan, 1993). Por otro lado, en el plano lingüístico, puede supervisar la tarea del intérprete, en el caso de haberlo, y aclarar términos o reflexionar en torno a sus significados en la lengua materna del paciente.

f) Cumple, a su vez, la función de conformar un seminario; esto es, produce un espacio de creación de pensamiento, un lugar de reflexión e investigación (Nathan, (2001*b*).

En los siguientes apartados, a la luz de los estudios de caso y desde la descripción y análisis crítico de las especificidades teórico-metodológicas del dispositivo etnopsiquiátrico, iremos viendo cómo operan las seis funciones del grupo enunciadas. Cabe mencionar que, si bien el método del grupo multidisciplinar/multicultural resulta operativo con algunos pacientes, durante mi investigación he podido documentar dos problemas relativos a su existencia. Por un lado, este mecanismo no es adecuado para algunos de los pacientes y, por otro, suscita, en mi opinión, un debate en torno al derecho a su privacidad.

6.3 El médico como chamán: la narración del mito social frente al individual o el discurso sobre el paciente

Las diversas psicoterapias de inspiración psicoanalítica están centradas en el discurso del paciente; en cambio, en etnopsiquiatría, la sesión se organiza en torno al discurso sobre el paciente (Nathan, 2001*a* [1994]: 113). La sesión comienza presentándose los terapeutas y el psiquiatra al paciente y a sus acompañantes: se les dice a qué se dedican, cuál es su profesión, su nacionalidad, el motivo por el que están en la consulta, etc. A continuación, se da la palabra a los acompañantes o familiares del paciente. A menudo las preguntas se centran en lo que dicen los otros con respecto a la enfermedad del paciente. Se puede interpretar esta última forma de actuar como una práctica a medio camino entre la actitud de escucha del psicoanalista occidental —receptivo para una posterior interpretación del mito individual sacado de los elementos del pasado del paciente—[163] y la de habla del chamán —el cual le proporciona el mito social, tal y como analiza Lévi-Strauss en «La eficacia simbólica» (1949)—.

Si bien esta es la propuesta metodológica de Nathan, esto no sucede con todos los pacientes en el caso del hospital Brugmann. La presentación de los coterapeutas y el etnopsiquiatra no siempre se da, así como tampoco tiene lugar el comienzo del turno de palabra de los acompañantes del paciente (las implicaciones que esto tiene se discutirán posteriormente). En este sentido, dos de los elementos que ejemplifican esta aproximación en la consulta etnopsiquiátrica de Brugmann son, por un lado, la tendencia de los terapeutas y el etnopsiquiatra a no centrarse en interpretar el discurso del paciente; por otro, la praxis de abordar siempre todo lo concerniente a este en su presencia, debatiendo sobre las cuestiones que se relacionan directa o indirectamente con el paciente entre el grupo, los acompañantes y él mismo.

163 Son destacables, en este sentido, algunas de las problemáticas que en ocasiones ha comportado un sistema terapéutico como el psicoanálisis, basado en la palabra del paciente. Cada vez son más las personas que se alzan contra la obligación de la palabra del paciente en dichos contextos terapéuticos. Lo que en su día fue defendido en el nombre de la transgresión de las imposiciones del silencio instauradas en nuestras sociedades occidentales, ahora se critica como propiciador de relaciones de dependencia, de lucro económico y de abuso de poder. Karl Popper, en sus obras sobre la filosofía de la ciencia, e Isabelle Stengers (Pignarre y Stengers, 2005) se han pronunciado sobre problemas como su infalsabilidad, su metodología o su eficacia.

Al discutir sobre su padecimiento en presencia del paciente, se trata de evitar derivaciones interpretativistas a expensas de su supervisión y se hace prevalecer una perspectiva basada en la reflexión sobre los mecanismos de la acción, así como en la interpretación como exploración del mito social que discute y proporciona el grupo junto al paciente. Esta aproximación se produce en el contexto de la concepción del grupo de coterapeutas como multiplicador de puntos de vista y conformador de un espacio de reflexión y producción de pensamiento.

Dos de las diferencias principales existentes respecto de un grupo de palabra *clásico* de una comunidad terapéutica (grupo de autoayuda, etc.) estriban en que, en este caso, el único que expone su intimidad es el paciente y que este se encuentra en una posición de poder subordinada con respecto al grupo.

Como veremos después, retomando el estudio de caso de la paciente R. (número 3), esta estrategia no está exenta de cuestiones problemáticas como la adecuación o el conocimiento de su uso, por parte del paciente, y el acoplamiento de su expectativa con las características diferenciadas, de las praxis clínicas ordinarias, de esta consulta. A su vez, entre consultas o al final de estas, en ocasiones no se puede evitar especular (si bien de forma muy puntual) sobre la etiología del padecimiento sin que el paciente esté presente.

6.4 Los intérpretes: representaciones de su praxis y utilidad para la consulta

Cuando el paciente no habla francés se llama a un intérprete lingüístico-cultural profesional para que asista a las consultas a cambio de una remuneración. En ocasiones, el intérprete es un actor clave en el vínculo con la comunidad cultural de referencia del paciente, puesto que es la vía de llegada de algunos de ellos. La traducción no solo es lingüística, si no también cultural, coadyuvando a la reflexión sobre la variabilidad de significados en función del contexto cultural en el que las palabras se inscriben y enuncian. Nathan (1998*b*) afirma que discutir abiertamente la traducción de las palabras del usuario y de su familia convierte al enfermo en aliado y experto en la exploración de la etiología del trastorno psicológico.

El etnopsiquiatra de Brugmann, como menciona en diversas ocasiones en los encuentros clínicos observados, prefiere que haya un intérprete

en todas las sesiones, aunque los pacientes hablen perfectamente el francés. Estos son algunos de los ejemplos narrados por W. —introductorios del caso del paciente L. (número 2), los cuales retomaremos para el análisis— que reflejan la complejidad de la praxis de la traducción lingüística y cultural:

En una ocasión, al tratar a una mujer marroquí que acudió a la consulta con su familia, se contó con algunos miembros de la familia (que ejercían de intérpretes) y con un intérprete profesional, por lo que en la sesión había cuatro personas dedicadas a la traducción. La familia pasó un cuarto de hora para expresar la palabra justa sobre tristeza.

En otra consulta, K. nos mencionó que con un paciente de origen congolés estuvieron casi tres horas, con tres intérpretes-coterapeutas congoleses (dos profesionales externos y un mediador intercultural e intérprete del hospital), discutiendo sobre la semiótica de la palabra *amor*, en Kinsasha y entre los miembros cercanos al paciente de la comunidad congolesa de Bruselas.

Para W. (el etnopsiquiatra), la traducción es material terapéutico; no es un lujo, sino algo necesario. Incluso con el propio francés se debería hacer hincapié sobre la connotación de las palabras.

En cuanto a la formación de los intérpretes que acuden a la consulta, hay que mencionar que aunque tengan experiencia en la traducción ninguno ha seguido una formación profesional específica en un marco psicoterapéutico. Lo cual conlleva ciertos riesgos como son la implicación personal con el paciente tras la consulta y el choque emocional al trabajar en un contexto que puede resultar, para alguien no acostumbrado, traumatizante. Esto es debido a la proximidad con situaciones de fuerte carga emocional, compartiendo en ocasiones una trayectoria sociocultural parecida con el paciente, sin disponer de recursos para poder gestionar las contratransferencias que impactan en su vida personal y desempeño profesional, en ese caso, como intérprete. Otro elemento a destacar es que si no existe un coterapeuta que hable el idioma del paciente es imposible supervisar la tarea de traducción del intérprete viéndonos abocados, los coterapeutas, a confiar en su buena intención y profesionalidad y tratando de evaluar su competencia por medio de la interacción que se da en francés y de los elementos (especulativos y sin un fundamento sólido en gran medida) de, por ejemplo, la imaginada continuidad del discurso del paciente, lo que conocemos de su historia y la correspondencia, en cantidad

de palabras aproximadas y contando con un margen de error relativo al desajuste en la equivalencia numérica, entre lo dicho y lo traducido.

Un ejemplo de algunas de las potencialidades y problemáticas del ejercicio de la traducción profesional es el ejercicio documentado en el caso de la paciente L. (caso número 2). En la consulta con la paciente L., quien no habla francés, acude un intérprete lingüístico-cultural procedente, al igual que ella, de la comunidad turca de Bruselas. Según nos menciona el etnopsiquiatra, el intérprete, que ya ha acudido a la consulta de etnopsiquiatría en dos ocasiones con pacientes de su comunidad, es conocido por su profesionalidad en lo relativo a aspectos como el código deontológico de privacidad, la separación de esferas personales y profesionales con los pacientes y su conocimiento y experiencia como intérprete (en ámbitos no clínicos). Por otra parte, según el mismo testimonio, es un músico profesional de baglama y caval reconocido dentro de la comunidad turca en Bruselas y buen conocedor de esta, lo cual permite una traducción no solo lingüística sino también cultural. Posteriormente, tras una invitación por parte de W, acudirá a algunas sesiones incorporándose al grupo de coterapeutas.

En las primeras consultas con L. constato la existencia de algún malentendido con las traducciones y, derivado de ello, conflictos relacionados con el rol a desempeñar por el intérprete. En este sentido, el problema tiene que ver con las aportaciones e interpretaciones que el intérprete hace de lo dicho por los terapeutas y el paciente agregando información o dándole una interpretación personal que interfiere, sin un control metodológico, en la comunicación y la terapéutica. (Diario de campo).

Los datos que evidenciaron esta praxis del intérprete emergieron, en la consulta con L., de su comportamiento al explayarse en soliloquios cuando la paciente pronunciaba una frase corta, y viceversa, y en algunas ocasiones al contestarnos directamente atribuyéndose la voz de la paciente, sin dirigirse a ella.

Cuando observo estas situaciones constato una actitud rivalizante por parte del intérprete hacia el etnopsiquiatra (como experto de la etiología y el marco explicativo del padecimiento de la paciente), pero también, según me mencionan varias coterapeutas a las que pregunté, ya que lo conocían de otras sesiones en las que aún no me había incorporado, hacia el paciente (al que sustituye tratando de exponer sus problemas y ser

curado).[164] «A medida que se suceden las consultas, y tras una discusión con él en este sentido, se van definiendo más los papeles y él, tras consultar con anterioridad con el grupo la conveniencia o no de su actuación, se ceñirá al trabajo de traducción». (Diario de campo).

La importancia de la traducción, entendida como mediación, en este caso no se ciñe únicamente al trabajo de tipo lingüístico. La movilización de bienes simbólicos y experiencias inscritas en objetos materiales y técnicas, en este caso musicales, forman parte de esta mediación entre universos semióticos y cosmovisiones diversas. El objeto (su uso apropiado) traduce emociones, imaginarios y experiencias desde un universo de componentes culturalmente significativos en un registro preobjetivo, que es interpelado desde lenguajes no necesariamente verbales y se inscribe en la situación terapéutica.[165]

En varias ocasiones mantenemos una discusión acerca de ciertos términos y maneras culturales de interpretarlos[...] En una de las sesiones el intérprete trajo una flauta típica de la región de donde es originaria la paciente y, previo acuerdo con el grupo de terapeutas y L., tocó varias canciones. Esto, a decir de ella, motivó que en la sesión siguiente la paciente trajese una poesía que había escrito y la leyese. La poesía, según interpreté, mostraba parte de su percepción sobre su conflictiva relación de pareja y la vida en Bruselas. Seguidamente, pasamos una hora discutiendo acerca del significado lingüístico en la traducción, pero también cultural, del concepto amor en Turquía. (Diario de campo)

En esta mediación, la aparición y circulación de los objetos en la escena terapéutica también vehicula representaciones y relaciones sociales, las reactualiza y las transfiere. El uso de esta flauta, por parte del intérprete, da lugar a una transferencia que activa recursos olvidados por la paciente, como una afición por la poesía de la cual nos hace participes, lo cual se convierte en un operador efectivo en el proceso de resolución de la problemática que la lleva a la consulta. Seguidamente, hablaré de la eficacia

164 Para saber más sobre algunas problemáticas y desafíos de la traducción e interpretación lingüística y cultural en otros contextos hospitalarios de Bruselas y Madrid, ver Muñoz (2013*b*). En el caso de una consulta de etnopsiquiatría en la ciudad de Lieja, ver Schurmans (2008).

165 La *arteterapia*, utilizada en contextos de multiculturalidad significativa y barreras idiomáticas en la comunicación, cumple esta función de ejercer una eficacia terapéutica prescindiendo, en ciertos aspectos de su intervención, de la existencia de traducción lingüística.

terapéutica que logra la mediación de los objetos, en su intercambio (don y contradón), como operadores corporales al reunificar universos teóricos y emocionales, así como pragmáticos e interpretativos.

6.5 Magia y fetichismo en el hospital Brugmann: los objetos activos, el don y el contradón en la praxis terapéutica

La práctica etnopsiquiátrica coordina diferentes modelos explicativos del padecimiento, así como métodos para la curación, independientemente de su procedencia. En el caso del hospital Brugmann, los objetos activos constituyen un elemento representativo de los límites en la articulación de representaciones sociales y técnicas, esquemas simbólicos e ideológicos de atención médica. Los objetos activos son un elemento constitutivo y emblemático de esta consulta en la cual no se utilizan recursos adivinatorios o sacrificiales, como en el centro Georges Devereux. No obstante, además de los objetos activos, en la consulta existe una predisposición al uso, en la lógica del don y el contradón (Mauss 1979 [1925]), de otro tipo de objetos y bienes, como la comida o las técnicas/herramientas, de procedencias culturales diversas. Este es el caso, por ejemplo, de la flauta tradicional turca con la paciente L. Estos elementos son eficaces en el manejo de las dinámicas desencadenantes de la abreacción y la eficacia terapéutica.

Si bien, como hemos dicho antes, los objetos activos son frecuentes en las consultas etnopsiquiátricas de Brugmann, no se utilizan en todas las intervenciones. Son propios de este tipo de aproximación terapéutica de tipo intercultural y representan uno de los elementos principales en el descentramiento del modelo biomédico a través de su relativización cultural. La concepción operativa y heurística de los objetos activos está vinculada a la noción de *maná* enunciada por Mauss.

Los objetos activos, si se construyen de una manera adecuada, contienen un número de características intrínsecas que desencadenan tres tipos de procesos lógicos: analogías, mediaciones e inversiones. Sin embargo, el objeto solo puede intervenir eficazmente si retoma las características inscritas en el dispositivo concreto de la sesión. Con esta condición, el objeto contribuye a desencadenar el despegue del contenido y autoriza la expulsión del sujeto fuera del universo ordinario. En resumen, instaura lo que, como ya comenté antes, en psicoanálisis se define como *transferencia* y hace que este proceso sea profesionalmente manejable.

Por otro lado, las analogías inherentes al proceso de transferencia, que aparecen en numerosas interpretaciones psicoanalíticas, solo adquieren una fuerza de convicción si se enuncian en un espacio cerrado, comparable al *medio maná* de Mauss, estructurado alrededor de analogías formales. Esto, a su vez, tiene una función de mediación, ya que intercala un universo teórico con el universo espacial y el emocional (Nathan, 2001*b*: 106).

En este sentido, aunque se trata de inducir una transformación orgánica, por medio de símbolos, a través de una reorganización estructural en el inconsciente, no se puede hablar de eficacia simbólica como tal. Para explicar esto hay que recurrir al análisis del maná que hace Mauss —retomando las teorías melanesianas (1902/1903)—. En la utilización de los *objetos manás* no se trata de una forma de hablar, ni de un pensamiento pretendidamente simbólico, ni de una actividad intuitiva que necesite interpretaciones psicológicas. Según los melanesianos, el maná es una fuerza separada que actúa en virtud de una energía propia.

Cabe señalar que este tipo de consideración y práctica no se da solo en Melanesia, sino que está muy extendida por todo el mundo (en las culturas precolombinas de Latinoamérica, en África, etc.). Tanto es así que, como dice Lévi-Strauss en su «Introducción a la obra de Marcel Mauss» (Mauss y Hubert, 1966 [1902]), podríamos preguntarnos si acaso estamos en presencia de una forma de pensamiento universal y permanente que, lejos de caracterizar a ciertas civilizaciones o pretendidos estados *arcaicos* del espíritu humano, puede ser la función de una cierta situación del espíritu en presencia de las cosas, la cual se nos aparece cada vez que se da esta situación. «El maná es una acción de cierto tipo, una acción espiritual a distancia que se produce entre dos seres simpáticos [...], es una función en un medio que es maná. Es una especie de mundo interno y especial, donde todo ocurre como si el maná solo estuviese en juego» (Mauss y Hubert, 1966 [1902]).

Una técnica terapéutica, como los *objetos activos*, contiene una fuerza específica de naturaleza lógica que obliga al paciente al cambio. De este modo, la técnica se crea en un medio en el cual es exclusivamente la acción, más que la interpretación, la que resulta eficaz. En diversas culturas y contextos en el mundo se apela al uso e importancia de los objetos técnicos en la acción terapéutica, a diferencia de lo que sucede en el modelo hegemónico de las psicoterapias en Occidente. Según Nathan (2001*a*), la psicoterapia se define, clásicamente, como la terapéutica de la persona (de su ser) por medio del tratamiento de su alma mediante métodos que ex-

cluyen el uso de la quimioterapia y de toda forma de procesos en los que esté implícita la acción de la materia sobre el espíritu. Su definición, desde el punto de vista de este autor, entra en pugna contra toda otra forma de terapéutica, ya que todas las demás tratan a los humanos a partir de la acción sobre la materia. De este modo, las psicoterapias se definen en relación con los objetos que no utilizan, construyen la realidad a partir de estas ausencias.

La etnopsiquiatría en Brugmann, al estar inserta en un contexto clínico psiquiátrico, se funda en esta vindicación de corte materialista frente a la mentalista (basada en el espíritu), aunque mantiene el elemento terapéutico central del modelo biomédico al no excluir el uso de los medicamentos. El posicionamiento del etnopsiquiatra para la prescripción de medicamentos parte de la idea de, en la línea con la corriente etnopsiquiátrica referida, considerar a los pacientes expertos en la etiología de su padecer, así como en el tipo de aproximación teórico-metodológica en la terapéutica; esto es, por ejemplo, los pacientes son lacanianos, cognitivistas o conductistas, etc., ya que así hablan ellos (entrevista personal a Woitchik).

A este tenor, en la consulta se defiende la idea de capacitar al enfermo para que conozca todas las características del medicamento, efectos positivos y secundarios, y se delega en él la decisión informada de su toma (frecuencia, cantidad, etc.). Tal y como mencionan Van der Geest y Whyte (1989), los medicamentos pueden operar como facilitadores para establecer significado y comunicación. A decir de estos autores, lo que Lévi-Strauss defiende con respecto a las plantas y animales en su ensayo sobre el totemismo se puede aplicar a los medicamentos, son «fáciles a significar». La comunicación sobre la medicación se vuelve comunicación sobre problemas y experiencias ambiguas (Van der Geest y Whyte, 1989: 356).

En contextos culturales, de los cuáles emerge la inspiración del uso de los objetos activos en la praxis etnopsiquiátrica, como en el Congo, ciertos objetos materiales y fetiches se utilizan en acciones de tipo curativo, protector o de agresión. Cabe mencionar que esta no es la única forma de influencia, terapéutica o no, que opera. Tonda (2002) menciona que, en este contexto, existen dos tipos de brujería: por un lado, el *kundu* (*witch*), que corresponde con la llamada *posesión del órgano de brujería*;[166] por otro, la

166 Se trata de un órgano que actúa sobre el individuo, pero que puede ser puesto en movimiento por este. Es un caso de brujería que devora a las personas, que se desdobla por

brujería (*sorcery*),[167] que es el equivalente del fetichismo que consiste en la utilización de objetos materiales para provocar el malestar o el bienestar.

La mayor visibilización de una de las formas, la denominada magia (aquí objeto de estudio), y la condena e invisibilización del kundu es resultado, en el contexto congolés, de esquemas representacionales de la curación en el seno de las iglesias protestantes (y católicas) desde y hacia el sincretismo que operan bajo el asimétrico encuentro de las instituciones implantadas por la colonización y las cosmovisiones locales anteriores a esta.

> Esto tiene que ver, aparentemente, con el horror que representa, a los ojos de la conciencia cristiana, los escenarios de la manducación antropofágica imaginaria característicos de la brujería del vientre o el kundu. Por el contrario, echar la suerte consiste en manipular fuerzas y objetos cuya existencia está testada por las escrituras. (Tonda, 2002: 47 [traducción propia])

Los fetiches en el Congo se construyen poniendo en un mismo lugar diversas sustancias, entre las que se encuentran las de origen humano. Su función no es únicamente actuar sobre la persona, sino que, básicamente, se encarnan en persona, hablan y actúan. A la par que los fetiches adquieren propiedades de ser vivo, la mejor tendencia de los seres humanos sería la de llegar a ser fetiches (y ser venerados) al terminar su vida (Nathan, 2001*a*). Con respecto a las particularidades del fetiche, si el operador quiere llevar a cabo con éxito el proceso de transferencia de las características de los objetos a los pensamientos, le hará falta encontrar un objeto virgen de connotaciones conceptuales. Así, deberá hallar un objeto sin nombre al cual sea imposible encontrarle un lugar y función en un sistema clasificatorio con la excepción del relativo a su clase, la de los objetos activos.

> Los sistemas que han encontrado una solución a este enigma utilizan objetos compuestos —como los platos cocinados o los objetos industriales, de

---

la noche y deja en su cama la apariencia de su cuerpo. La brujería se corresponde con una energía o disposición heredada o adquirida que transmite el conocimiento, la acción y la vida y se distribuye de manera desigual entre los hombres y las mujeres. Así, existe la posibilidad de reforzarla absorbiendo la de los otros o utilizando medicamentos apropiados para ponerla a disposición de la comunidad a través de hombres excepcionales: guerreros, cazadores, *nganga*, etc. (Tonda, 2002).

167 Dicha práctica es similar a la denominada *magia*. Esto es, necesita de una acción consciente en la manipulación de objetos y de fuerzas invisibles con la intención de producir efectos precisos.

> los cuales no podemos percibir la función asociando elementos provenientes de universos heterogéneos (mundo animal, vegetal y mineral, etc.)—. Estos elementos, o bien no tienen una función en la cultura considerada (malas hierbas, excrementos), o bien se utilizan en funciones anticulturales (letras del alfabeto consideradas como cosas y no como signos), y se encuentran contenidos en un mismo sobre, lo cual es crucial. En un sentido, estos objetos son una especie de *antiobjetos*, ya que poseen algo así como una valencia negativa; por otro lado, se consideran objetos perfectos, ya que se encuentran privados de lo que podría provenir del mundo del pensamiento. A su vez, palabras, frases o grafismos pueden ser objetos perfectos si poseen estas características. (Nathan, 2001*b*: 103. [traducción propia])

En la práctica etnopsiquiátrica, este es uno de los ejemplos paradigmáticos de lo que anunció Lévi-Strauss (1949) sobre la posibilidad de que un día el psicoanálisis (utilizado para estudiar a las culturas denominadas *primitivas* y cuya fuente de inspiración, paradójicamente, habían sido las terapias tradicionales) volvería de nuevo su mirada hacia estas terapias tradicionales en busca de aprendizaje.

La teoría etnopsicoanalítica retoma aspectos del uso de estos objetos y los incorpora a su cuerpo teórico y práctico desde el punto de vista del efecto mecánico transformador del espacio cotidiano en el que se mueve la intersubjetividad del paciente, así como su banalidad o rutina incapaz de modificar su estado en un espacio técnico que puede actuar sobre el mundo y transformarlo. En este sentido, los objetos se entienden como elementos del mundo sensible. De esta manera, si los terapeutas viven en un pensamiento teórico y los enfermos experimentan sobre su cuerpo, los objetos se encuentran en algún sitio intermedio. La función principal del objeto es demostrar el pensamiento teórico de los terapeutas (Nathan, 2001*a*). Las particularidades del uso y concepción de los *objetos activos* se tratan en el siguiente apartado.

Donación y recepción: el objeto activo fruto del azar y el prescrito en forma de receta

En el trabajo de campo he podido documentar dos maneras de operar con los objetos activos en la consulta de etnopsiquiatría del hospital Brugmann. Ambas se encuentran vectorizadas por dos tipos de movimientos en la relación entre los terapeutas y el paciente: la donación de objetos activos o su recepción. Así pues, el objeto puede ser donado al paciente

por el grupo de terapeutas o solicitado con anterioridad por los terapeutas y recibido por el grupo.

En el caso de la donación por parte del grupo, la acción puede poseer dos características relativas a la intencionalidad de los donadores: una es la donación espontánea, que se considera propicia para provocar alguno de los efectos deseados. En este particular el objeto activo es elegido (por parte del etnopsiquiatra) sobre la marcha, durante la sesión, cuando coincide el desarrollo de una situación idónea y la posesión de un objeto con las características mencionadas (Muñoz, 2013*a*). La otra característica se corresponde con una donación premeditada en la que el etnopsiquiatra trae un objeto activo específico y lo ofrece con el fin de que, tal vez, provoque alguno de los efectos deseados. Por otra parte, los terapeutas se lo pueden pedir al paciente, en forma de prescripción escrita u oral, con el objetivo de que lo construya y lo done al grupo. Estas dos modalidades se analizarán a continuación a la luz de los casos clínicos desarrollados.

El objeto activo fruto del azar

En el caso de la paciente de origen marroquí E. (Caso 5), tiene lugar la aparición fortuita del objeto activo, fruto de la intuición del etnopsiquiatra, tras una cadena de acontecimientos percibidos, por el paciente, como extraordinarios y capaces, desde el punto de vista de los terapeutas, de modificar el pensamiento cotidiano y efectuar la transferencia por medio del dispositivo técnico.

> Hace 11 años, cuando el psiquiatra, W., trató a esta paciente, ya se trabajaba con dos o tres terapeutas en la consulta (en aquella época, 1995, ninguno de los terapeutas actuales estaba en el hospital). Por aquel entonces, tras un tiempo en la consulta no se consiguió ningún resultado con ella. [...] Los trastornos que ha sufrido la paciente a lo largo de los años están relacionados con la visita de un *djin* que la posee sexualmente durante la noche.
>
> Un día, al poco de regresar W. de una estancia en Senegal, mientras E. hablaba de un sueño sobre un caballero negro en unas montañas (que, según un terapeuta, podía ser la representación de un genio), casualmente se abrió la puerta de la sala de la consulta y entró uno de los terapeutas (de piel negra). E. se quedó sorprendida por la coincidencia y el psiquiatra (por intuición y de forma fortuita, según explica) sacó una moneda que tenía en el bolsillo, un franco de Senegal, y le explicó que la moneda venía de África y que podía ayudarla con su problema, por lo que se la dio circulándola antes por el grupo de terapeutas.

> A partir de ese momento, ocurrió una transferencia: la paciente dejó de sufrir la visita nocturna del djin la noche antes de acudir a la consulta (de miércoles a jueves). Al cabo de unos días, encontró debajo de su colchón el objeto causante de su maleficio: un sobre que contiene diferentes sustancias y materiales; al parecer, fue su madre la que le hizo el maleficio como venganza por no querer casarse con alguien en Marruecos. (Caso 5).

En este caso, el objeto activo no ha sido elaborado por el psiquiatra ni los coterapeutas. Las coincidencias han producido una circunstancia no ordinaria en la cual el psiquiatra ha sabido actuar entregándole un objeto, un franco de Senegal, perteneciente a otro universo cultural y funcional. Cabe señalar que, antes de entregárselo, lo habrá pasado, como indica la norma, por todo el grupo para que puedan tocarlo y cargarlo de energía.

> El objeto pretende actuar, además de en la transferencia, como desencadenante de pensamientos. Es interesante que el objeto haya pasado por las manos de todos, que todos lo hayamos tocado y circule por todo el grupo. [...] Al igual que cuando explico detalladamente los pros y contras de los medicamentos (con el fin de que sea el paciente el que valore y aprenda a usarlos), se trata de actuar con honestidad para que el paciente tenga confianza en ellos y así poderlo cargar energéticamente. (entrevista personal a Woitchick, 2006)

Este proceso ha provocado la transferencia y, gracias a esta, la paciente ha dejado de sufrir la visita del *djin* la noche anterior a la consulta. El desencadenamiento de este proceso no ordinario la lleva a encontrar, al cabo de los pocos días, dicho objeto causante del maleficio. En esta consulta, los terapeutas dicen desconocer cuáles son los principios de causalidad que operan en la mencionada mecánica (se preguntan si, tal vez, es la asociación de ideas). El etnopsiquiatra afirma que: «Existe una especie de desencadenante por el que, cada vez que se da un objeto y se produce la consiguiente transferencia, el paciente a los pocos días encuentra (a veces en sitios inverosímiles) el objeto/hechizo» (entrevista personal a Woitchick, 2006).

En el caso de E., para que el objeto activo pueda originar la eficacia terapéutica del dispositivo técnico grupal, tienen que existir dos condiciones que son funciones inaugurales del grupo de terapeutas. Por una parte, el carácter público de la consulta, la ética testimonial frente a la confesional, y su consistencia emocional actuando como cortafuegos.

Diez años antes de mi trabajo de campo y del primer encuentro con la paciente, como se ha comentado, E. acudía a la consulta de etnopsiquiatría. De un día para otro dejó de ir ya que:

> Había soñado con W. En el sueño aparecía, por un lado, esa persona/espíritu (el *djin*) que quería hacerle daño y, por otro, W. estaba protegiéndola. Entonces, el *djin* (que no guarda parecido con nadie que conozca) y W. se pelearon; y acabó venciendo el primero. El vencedor la amenazó diciéndole que, si volvía a la consulta, matará al psiquiatra. Ella acudió a la siguiente consulta, pero se asustó mucho cuando vio que W. estaba ausente, ya que había enfermado (según W., estuvo tres semanas enfermo), así que decidió no volver a ir hasta ahora. Ha regresado porque dice que cuando mantiene relaciones con un hombre sueña con él y con el espíritu, y teme que este (o ella misma) le haga daño. (Caso 5)

Por aquel entonces, en los inicios de la consulta etnopsiquiátrica, al psiquiatra lo acompañaban dos o tres coterapeutas más en las sesiones. En este caso, cuando trató a la paciente en una consulta diádica no funcionó, sino que fue «inoperante para ella y desestabilizante emocionalmente para mí» (entrevista personal W.).

Es evidente que, en el universo representativo de la paciente, únicamente el grupo consigue tener la fuerza suficiente (plano transferencial y contratransferencial) para lograr librar una batalla contra el espíritu y vencerlo. En lo personal, tal y como analizo en otros textos (ver Muñoz, 2013*a*), a lo largo del trabajo de campo he sido testigo del impacto emocional que en mí y en otros compañeros causa presenciar el padecimiento y sus narraciones, además del miedo y la presión adaptativa que provocan ciertos modelos explicativos del proceso salud-enfermedad-atención/prevención, frente a los cuales, por su desconocimiento, se tiene la sensación de una particular desprotección.[168]

Se puede actuar desde una perspectiva etnocéntrica, en una suerte de *violencia epistémica* (Spivak, 1988), generando mecanismos de distanciamiento y desacreditación cultural, pero las lógicas explicativas divergentes de la científica y las diversas interpretaciones del padecimiento no dejan de resultarme amenazantes. La posibilidad de estar en un grupo, discutir sobre lo colectivamente experimentado, compartir modelos explicativos del proceso s-e-a/p, entre otras cosas, genera una herramienta de consistencia emocional y control metodológico de la contratransferencia, clínicamente relevante en la praxis psiquiátrica. Debido a esto, el objeto activo y los efectos que desencadena se vuelven terapéuticamente operativos, al ser su eficacia y puesta en escena objeto de análisis y reflexión pública.

168 Ello sucede también con otros padecimientos más familiares en mi caso, como los biomédicos (psicosis, depresión, etc.), que no dejan de plantear problemas sobre la dilucidación de la etiología, el curso de la enfermedad, la curación, etc.

El objeto activo predeterminado: la donación del psiquiatra y la prescripción en forma de receta

El uso de un objeto activo predeterminado, a través de la donación del psiquiatra o de la petición de su elaboración y entrega al grupo por parte del paciente, es otra de las modalidades que se suelen escenificar en la consulta etnopsiquiátrica de Brugmann. Según lo observado en el trabajo de campo, en el caso de la donación, el psiquiatra elige el objeto activo y lo lleva a la consulta sin conocimiento previo del grupo de coterapeutas. La petición puede ser efectuada por medio de una demanda oral o, más frecuentemente, a través de una prescripción escrita en forma de receta. Según me relata W. (entrevista personal), la prescripción en forma de receta tiene por objetivo transmitirle al paciente (con un acto simbólico cotidiano y técnico investido de la legitimidad del estatus que se le confiere al médico y a su praxis clínica) la credibilidad de la lógica científica, que rige la relación médico-paciente-institución, en una petición atípica que este deberá considerar de igual forma a como lo haría con otro tipo de prescripciones.

Estas dos praxis, la donación y la petición, se documentan en el caso del paciente K. (caso 4) y se efectúan de manera consecutiva. En este particular, esto acontece debido al intento fallido de transferencia de la donación premeditada por parte del etnopsiquiatra de un objeto activo que trajo a la consulta:

> durante la segunda sesión, W. (el psiquiatra) saca de un bolsillo una piedra redonda, un poco más pequeña que una moneda de 50 céntimos de euro, pulida y atravesada por unas líneas de colores; le explica a K. que la consiguió en África, pero que en realidad proviene de los países del este de Europa, en los que antiguamente se utilizaba como moneda. Se la ofrece a K. y le recomienda guardarla cerca de él, dormir con ella (le dice que, por ejemplo, puede hacer un colgante y ponérselo en el cuello o guardarla bajo la almohada). K. comenta que se enternece cuando le regalan algo; a continuación, menciona que se siente cansado, que no tiene energía y que no vale para nada.
>
> [...] Es interesante que el objeto haya pasado por las manos de todos, que todos lo hayamos tocado y circule por todo el grupo. Como dirá el terapeuta, el objeto funciona o existe un menor riesgo de que el paciente experimente una mala transferencia, porque él no está solo con el paciente, también estamos nosotros.
>
> En la siguiente sesión, una semana después, le preguntamos a K. cómo se sentía en Turquía, si allí era querido; responde que sí. También habla de las

> condiciones laborales, con las que no se siente bien porque considera que trabaja mucho y gana muy poco (es sastre en la industria textil). Con respecto a la piedra, dice no haber sentido nada en especial (ha transcurrido una semana desde que W. se la dio). (Caso 4)

Tras constatar la ausencia de eficacia terapéutica, el etnopsiquiatra decide pedir a K. un objeto confeccionado:

> W. le propone que imagine un objeto que represente los problemas, que cuando piense en la piedra piense en lo que ocurre en la consulta, que piense que la piedra representa algo positivo, es decir, el hecho de que se está intentando ayudarlo. De esta manera, al poner la piedra en su mano pensará en eso (ocurrirá la transferencia). Pero también se puede hacer lo contrario. Se le puede pedir que encuentre un objeto y lo lleve a la consulta, que lo deje aquí y que este represente su *problema técnico*.
>
> W. le comenta al paciente que él trabaja con los objetos porque aquí nos encontramos con muchas historias de sortilegios, con gente de todas partes.
>
> [...]
>
> Al final de la sesión, W. le pide que elija un huevo, lo meta en una caja y lo traiga a la próxima consulta. A la pregunta del paciente sobre cómo tiene que ser la caja, el etnopsiquiatra responde que como quiera, que tampoco tiene por qué ser una caja, sino algo que envuelva y contenga el huevo. También le da un papel, de los que acostumbra a utilizar para recetar, en el cual le prescribe traer el huevo.
>
> [...] W. explica que la cuestión del huevo y el envoltorio tiene que ver con la materialización simbólica de su malestar, del cual se puede deshacer al entregárnoslo y dejar que todo el grupo se encargue de él. Además, el envoltorio está relacionado con lo que significa una cobertura, es decir, un elemento que puede albergar un contenido. Este puede ser, por ejemplo, la cultura de destino, es decir, la belga (junto con su cultura de origen).
>
> [...]
>
> Tras las dos consultas anteriores, en las que nos ha mencionado que no se le ocurre con qué podría envolver el huevo, K. trae un envoltorio bastante elaborado, hecho por él con plásticos, cartón y sobres de cartas (parece que en el interior alberga algún material blando). (Caso 4)

Puesto que la enfermedad mental es una ruptura entre texto y contexto en este caso además el envoltorio estará relacionado con la significación de una cobertura, un continente que pueda, valga la redundancia, contener al contenido. Este podría ser por ejemplo la cultura de destino belga (junto a la suya de origen). (Entrevista personal a Woitchik, 2006)

Como mencionamos anteriormente, la eficacia terapéutica del objeto activo se inscribe en el sistema de comparación término a término (Nathan, 2001*a*). Gracias al dispositivo espacial y en virtud de la concepción del medio maná, el etnopsiquiatra provoca, aparte del desarrollo del discurso asociativo-interpretativo, una inducción del razonamiento analógico en el acto. En este caso, el dispositivo grupal multicultural permite materializar la alteridad (al desencadenar la reactualización del marco explicativo del problema del paciente como migrante excluido de la sociedad de destino) y se vuelve un catalizador terapéutico que actúa sobre la aflicción en su cuerpo, visibilizada a través del síntoma. Esta inducción permite que las interpretaciones de la transferencia retomen, seguidamente, el mismo tipo de analogía.

Desde un análisis antropológico del cuerpo, retomando la propuesta de Nancy Scheper-Hughes y Margaret Lock (1987) analizada por Rachel Lea (1999) en el caso del control de la excreción, podríamos considerar su falta de control y el padecimiento que esto supone como un acto significativo desde el cuerpo político (el control que la cultura desde contextos institucionales ejerce sobre el momento y el lugar para defecar), así como los ritos de humillación ejercidos a través de la excreción (Lea, 1999). Por otro lado, en la línea de la consideración del símbolo natural del cuerpo (Douglas, 1978), la dimensión social de este problema (el cuerpo social) lleva a considerar el trastorno, la aflicción, de las funciones de salida del cuerpo como sinónimo de las tensiones sociales no resueltas, en forma de violencia simbólica y estructural, que sufre el paciente y su incapacidad de actuar frente a ellas.

Según mi interpretación, la acogida por parte de una institución (en una especie de rito de paso integrador nunca experimentado por la humillación sufrida) que representa al país de destino y la consideración valorizante de la otredad (a través de los mecanismos mencionados de abreacción y control de la transferencia) permiten operar materialmente sobre el cuerpo y la cartografía de la aflicción que dibuja el escenario de lo humillante bajo la amenaza de la incontinencia, la cual limita la movilidad del paciente a aquellos lugares en los que existe un retrete. La mediación del dispositivo etnopsiquiátrico y, en este caso, del método del objeto activo, vuelve a vincular el texto (contenido) con el contexto (continente), ruptura inaugural del padecer. De esta manera, se pueden curar las tensiones y contradicciones sociales, así como las relaciones de poder inscritas en el cuerpo y se favorece la praxis frente la especulación interpretativa, ya que se actúa sobre la experiencia.

La lógica clínica del don y el contradón

En la narrativa del etnopsiquiatra del hospital Brugmann se refleja la importancia de que la relación que se establece en la consulta entre terapeuta y paciente no solo sea de recepción unilateral, sino que el paciente también pueda realizar esta acción de ofrecimiento. Cuando esto es espontáneo, como sucede en alguna ocasión, suele ser un objeto que para él entraña una carga emocional positiva (como un recuerdo de su país o un dulce típico). Este es el caso de L. (caso 2), que ofreció dulces típicos de Turquía en una de las sesiones. En otras ocasiones, existe una praxis ritualizada sin un patrón temporal de intercambio, como en el caso de las comidas compartidas por los coterapeutas en la consulta. Dichas acciones, que albergan efectos beneficiosos en la terapéutica intercultural, no se corresponden con los objetos activos, ya que no tienen sus características en la composición ni en la lógica de intercambio. Sin embargo, la recepción y donación de los objetos activos sí se inscribe en el don y el contradón.

En su célebre ensayo sobre el don, Marcel Mauss (1979 [1925]) menciona que presentar algo a alguien es presentar algo de uno mismo por tres razones principalmente: 1) las operaciones no son individuales, sino colectivas; 2) los intercambios no tienen lugar únicamente con bienes económicamente útiles, y 3) las dotaciones se presentan como voluntarias, pero son absolutamente obligatorias. En este sentido, me referiré a los ciclos de reciprocidad del don desde su mecanismo inaugural de demora en el intercambio que asegura el pretendido desinterés en él (Mauss, 1979 [1925]), la igualdad de honor frente a la violencia de la agresión (Bourdieu, 1991). Dichos ciclos los considero desde su inserción en una relación de hegemonía-subordinación, como es el caso del etnopsiquiatra y los coterapeutas frente al paciente y sus acompañantes.

A este tenor, la dotación del paciente trata de compensar la lógica de la deuda por la atención recibida en el contexto de unilateralidad en la relación médico-paciente. Como dirá Bourdieu (1991), el análisis se enriquece al prestarle atención a la dialéctica de las estrategias frente a una perspectiva de corte mecanicista, sin caer en la ficción del actor racional.

Hablaremos a continuación del don y contradón en el caso de los objetos activos. Después, pasaremos al de aquellos bienes que no pertenecen a esta categoría (como la comida que traen los pacientes o coterapeutas y los regalos recibidos de los pacientes), los cuales se analizarán en función de si requieren un contradón o si son un contradón de un tipo de relación considerada como un bien recibido.

En el contexto de los centros de salud públicos de Bruselas, al igual que sucede en otras partes de Europa como España, hay una suerte de sanción moral para aquellos médicos, por parte de sus pares y de los propios usuarios de las consultas, que reciben regalos de sus pacientes. Según lo recabado en la observación en Brugmann y otros centros médicos estudiados en Bélgica y España, en una relación médico-paciente de acceso a la atención sanitaria universal, aceptar un regalo de parte del paciente puede percibirse como un acto de poder en el que el médico aprovecha su posición privilegiada para una praxis lucrativa. Al mismo tiempo, recuerda a las prácticas clientelares en las que, por medio de un conflicto de intereses, se normaliza el trato de favor a partir de incentivos económicos; lo cual no sucede únicamente con los posibles regalos del paciente, sino también con la mediación de actores como las industrias farmacéuticas.[169]

Sin poder afirmar que esta práctica no exista en estos servicios de salud, se asiste a un discurso generalizado que, en el hospital Brugmann y según lo documentado, condena esta actitud apelando al código deontológico y a la buena praxis médica. Desde el mencionado análisis del don, el regalo (que en el contexto de la atención parece provenir del agradecimiento en forma de deuda) puede suscitar una ruptura de la neutralidad de la que se inviste la relación médico-paciente al interpelar al receptor, el dominante, con la petición del principio de, en términos de Bourdieu (1991), intercambio de honor y de reconocimiento del otro como acreedor.

Desde esta perspectiva, el don en forma de regalo sería sancionado por el médico y la institución porque humanizaría la relación evidenciando el papel activo del paciente a la hora de responder a la situación (hipotecada de partida al ser concebido este como un actor pasivo y receptor) desde su vindicación de una respuesta en el juego social del encuentro terapéutico. Si se entiende el regalo del paciente como contradón, diferido en el tiempo y diferente de aquello recibido (la atención médica), la sanción se debe a que el regalo es una respuesta a la unilateralidad de la acción de la praxis médica, que se funda en el desinterés y la irreversibilidad (ver Bourdieu, 1991). Esto es, se clausura el ciclo del intercambio al responder a un bien anterior del cual el proveedor (el médico) no espera recibir una contraprestación; al menos en el presente del encuentro terapéutico.

169 Para más información, ver Consejo General de Colegios Médicos (2005), Brennan, Rothman, Blank *et alii* (2006); En el ámbito psiquiátrico, Ruiz (2010) y, en el contexto de Bélgica, Laperche, Krings, Leroy *et alii.* (2008).

A diferencia del ámbito privado, en el que merodea la visibilización del ánimo de lucro y la rentabilidad numeraria en la economía de praxis médicas y organizativas de la institución, en el acceso universal a la atención médica es aún mayor el carácter de afrenta que tiene la vindicación del don o el contradón, ya que se inscribe en el *ethos* desinteresado de una relación en la que el costo está diferido a las instancias colectivas y solidarias del derecho común. Por supuesto, en ello influyen otros factores, que solo se mencionarán brevemente, relativos a marcos más amplios como los legislativos y su aplicación, o la variabilidad de culturas organizacionales biomédicas que instauran o eximen de dicha sanción, así como el aspecto relacional de la transacción con actores cuyas praxis se perciben de forma distinta en función de si el médico los considera como pares. Es decir, el don o contradón se valora según si parte de alguien que es percibido como poseedor de un mayor o menor capital (económico, cultural, etc.) que el médico, el cual pertenece y representa a la clase media/media-alta autóctona. Como veremos ahora, pese a que las personas que otorgan los regalos se presenten en la configuración de la consulta de forma individualizada, el encuentro e intercambio siempre tiene un carácter colectivo que remite a clases sociales, etnias o grupos culturales y géneros.

En el caso de los objetos activos, el bien (su especificidad diferida y diferente) está pautado de antemano y tiene un carácter totalizador. Esto lo convierte en el símbolo en movimiento de una representación del conjunto de elementos que constituyen el paso de la relación individualizante a la colectiva y la materialización de la alteridad. Si bien a partir de la concepción de la etnopsiquiatría de Nathan en Brugmann, que no es otra que la defendida por antropólogos como Mauss (1979 [1925]: 160), los intercambios siempre son colectivos pese a semejar un carácter individual. Esto es, se parte de un posicionamiento que critica la idea de que la persona está sola con su padecer y en él, ya que siempre estará acompañada de un mundo espiritual de seres que, en su presentación cultural, remiten a las causalidades del padecer, así como a las adhesiones del sujeto, actuando como mecanismos resocializadores. Lo cual instaura el paso de la ética de la confidencialidad a la ética del testimonio (Nathan, 1996) a partir del carácter, inaugural, público de la consulta.

Así, el movimiento del don y el contradón con los objetos activos se escenifica mediante la donación y recepción por parte del grupo de coterapeutas y se lleva a cabo en una lógica de la representación ejercida desde conjuntos sociales simbólicamente delegados, por una parte, al etnopsi-

quiatra y al grupo de coterapeutas y, por otra, al paciente y a sus acompañantes. Esta lógica también parte de la consideración del padecimiento como un fenómeno a caballo entre, por un lado, un campo social como la etnia, la concepción de la ciudadanía (de tipo asimilacionista-universalista) o los dispositivos de alterización de los migrantes y, por otro, una aproximación biomédica o psicoanalítica individualizante como la cartografía sin actor de la bioquímica o el universo autocontenido de los complejos en la familia victoriana. Por ello, esto puede conllevar algunos problemas en la tensión entre la universalización y la relativización de complejos (Edipo), procesos (trasplantación) y núcleos de categorización (culturalización), que son el eje del diagnóstico, tratamiento y seguimiento en el abordaje etnopsiquiátrico.

Los grupos, formados por el etnopsiquiatra y los coterapeutas, y el paciente y sus acompañantes familiares o profesionales del sector salud, representan el espacio transicional e intermedio de las instituciones y sociedad de acogida, así como del mundo cultural de origen del paciente. Se trata de un espacio que oscila en las categorías de estar *entre* dos mundos, fenómeno inaugural del padecimiento que los lleva a la consulta, y estar *con* dos mundos, resolución a través de la eficacia terapéutica de la etnopsiquiatría. Cuando el grupo del etnopsiquiatra y los coterapeutas da un objeto activo, este se ofrece, como hemos visto en el ejemplo de la paciente E. (caso 5), a través de la prestación total que remite a los mencionados mundos; se forma una alianza o comunión (en términos de Mauss, 1979 [1925]) que en el lenguaje psicoanalítico opera a través de la denominada transferencia (la fuerza del grupo para enfrentar al espíritu que atormenta a la paciente).

En la prescripción y recepción del objeto activo, como se muestra en el caso del paciente K. (caso 4), el sentido de la alianza, vínculo o comunión es el mismo, pero se modifica la direccionalidad del acto. El grupo se instituye como depositario del problema y se hace cargo de él a través del acto de dar. El contradón aquí es la eficacia terapéutica que se hace efectiva en el juego de la honorabilidad, desde la analogía entre la configuración del dispositivo clínico, la problemática del paciente y las características del objeto activo (el huevo envuelto por el paciente y depositado en el grupo).

> La función terapéutica del intercambio, a través de la consolidación de alianzas y vínculos, y su correlato en la transferencia es una de las razones por las que se considera beneficioso y se promueve la recepción de objetos donados por los pacientes (entrevista personal a W.)

Esto suscita, como se ha mencionado, la ruptura de la neutralidad en la relación médico-paciente a través de su humanización. Un caso que ejemplifica este particular es el de un paciente marroquí que trabajó como encantador de serpientes, el cual donó al etnopsiquiatra dos flautas de encantador de serpientes, un saco con una serpiente disecada y una caja de la que, al abrirla, salía una serpiente de juguete y picaba en la mano del portador. El aspecto crítico que considero de esta práctica es que, pese a escenificarse en la lógica testimonial de su carácter público, lo cual puede amortiguar algunos de sus efectos perniciosos, su disidencia se mueve en una frontera porosa con los aspectos dominantes en la relación terapeuta-paciente que pretende transgredir. Es decir, a diferencia de los objetos activos, estos regalos (especialmente las dos flautas, que procedían de una herencia familiar del paciente y eran muy antiguas; y costosas, se puede deducir) tienen un valor de cambio y se insertan en una relación de poder que, pese a estar monitoreada por su carácter público, es desigual y puede no estar exenta de lucro, a pesar de que este no sea su propósito.

Por último, me referiré a los dones[170] de los que no se espera nada a cambio, en este caso las comidas ofrecidas por los pacientes, por alguno de los miembros del grupo de coterapeutas o por el etnopsiquiatra y compartidas con el grupo. Por iniciativa propia, los coterapeutas o pacientes traen comida que comparten con todo el grupo; en ocasiones, cuando son platos que requieren de una cierta preparación, se sugiere de antemano y pueden ser varios coterapeutas y el etnopsiquiatra los que lleven la comida. En cambio, se hace de forma espontánea si se trata de, por ejemplo, dulces típicos de un lugar, como los aportados por la paciente L. (caso 2), procedentes de una región de Turquía. Estos dones operan en la transferencia por medio del fortalecimiento de vínculos y alianzas.

Cabe señalar aquí la percepción de la durabilidad del bien discutida por Bourdieu (1999). Esto es, si, sumado a su valor de uso o cambio, es un bien que se percibirá por su durabilidad en el tiempo, por su posesión externa al cuerpo del sujeto o por su incorporación ejercida en el cuerpo, como en el caso de la eficacia terapéutica. Esto no solo tiene que ver con la magia de los objetos en sí mismos, si no con la durabilidad, en términos de Mauss (1979 [1925]), de los vínculos que establecen con las personas.

170 Para el análisis que aquí nos interesa subrayar los considero como dones, podrían también tener otras lecturas como contradones.

En este caso, la comida, en la praxis de comer y compartir, posee una durabilidad percibida como agotable en el acto.

Cuando no se espera recibir un contradón, el don se practica con una serie de objetivos que, si bien implican una suerte de retribución, esta no tiene el carácter diferido y diferenciado que cuando implica como intercambio el contradón. En este sentido, la prorrogabilidad y la diferenciación del intercambio no operan, ya que debido, a su durabilidad y tipo, el don no requiere una acción de devolución. La retribución que se obtiene al compartir comida, de forma ocasional y partiendo de la iniciativa no pautada y espontánea de los pacientes o coterapeutas, es del orden de la distensión emocional y la recreación de lazos entre los actores, de forma individual y como representantes de los colectivos involucrados. Esto permite, a su vez, cumplir la última de las funciones principales señaladas al comienzo del capítulo: la consistencia emocional entre el grupo que, gracias a una mayor observación y control de la contratransferencia, facilita una mayor coherencia en su praxis clínica.

7. Crítica a la aproximación etnopsiquiátrica en Brugmann

Para la crítica a los elementos problemáticos de la práctica etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann divido este apartado en dos bloques. Por un lado, el relativo a las críticas clásicas que desde tiempo atrás se realizan a la corriente etnopsiquiátrica, notablemente en París. Por otro, me refiero a la crítica de ciertos elementos e implicaciones de la práctica etnopsiquiátrica en el caso concreto del hospital Brugmann. De esta manera, amplío y discuto el punto de vista de estos estudios, en su mayoría sin un trabajo de campo que les confiera profundidad de análisis.

7.1 Voces que se alzan contra los dispositivos de inspiración nathaniana

Desde la década de los noventa, la etnopsiquiatría ha gozado de un gran apogeo, principalmente en las áreas de influencia cultural francófona en Europa. Esto se ha debido a diferentes cuestiones de entre las cuales cabe destacar, en opinión de sus defensores, el éxito terapéutico de la disciplina en el tratamiento de pacientes de origen extranjero, que otras aproximaciones monoculturales occidentales no lograban abordar con buenos re-

sultados. Autores como Didier Fassin (1999*b*) señalan que su éxito reside en que se han implantado en un espacio favorable, dejado de lado por los poderes públicos y obviado por las instituciones sanitarias y sociales.

Una de las críticas más comunes que se han hecho a los denominados centros especializados en el tratamiento de *patologías exóticas* de los inmigrantes, como el centro George Devereux de Tobie Nathan, en París, es la segregación de la población de origen extranjero bajo una cristalización esencialista de la alteridad, con lo que se evita incorporarlos en el sistema de cuidados de derecho común público. La crítica a la defensa del axioma que propone la necesidad de separación cultural de la población inmigrante, así como el énfasis contra la integración/asimilación de la concepción republicana de la ciudadanía francesa, tiene su estandarte discursivo, utilizado como un caballo de troya por sus detractores, en algunos enunciados de Nathan. Uno de los más emblemáticos es el siguiente:

> Yo lo afirmo alto y fuerte, los niños soninkes, bambaras, peuls, dwalas... ¿qué se yo todavía? pertenecen a sus ancestros. Lavarles el cerebro para hacer blancos, republicanos, racionalistas y ateos es simplemente un acto de guerra [...]. En las sociedades de fuerte emigración, hay que favorecer los guetos con el fin de no obligar a una familia a abandonar su sistema cultural. (Nathan, 2001*b*. Traducción propia)

Según Jaffré (1996), estos argumentos de buen corazón tienen el peligro de desalojar de sus vidas a los objetos mismos de una solicitud tal. La historia de estos actores testimonia otras opciones, y otra vitalidad. No se trata de nostalgia cultural sino de dinámicas sociales. Esta perspectiva crítica con la propuesta etnopsiquiátrica de Nathan, considera que una posición romántica culturalista como la enunciada lleva a la reducción esencialista del concepto de cultura, a una visión de no relacionalidad, de clausura y de homogeneización intragrupal.

En este sentido, Rechtman (1995) critica las nociones de alteridad cultural y de identidad como sinónimos de irreductibilidad sin concebir su dimensión relacional y variable. El autor también problematiza, con respecto al cuestionamiento teórico-metodológico del universalismo biomédico, el relativismo cultural extremo que, en su opinión, subyace en sus tesis principales, con lo que rechaza la validez universal de la psiquiatría en defensa de una multitud de sistemas etiológicos y terapéuticos culturales compartidos por los miembros de cada sociedad y diferenciados unos de otros. Por otra parte, mencionará (Rechtman, 2000), es problemático

asumir que lo entendido por cultura (por ejemplo, los sistemas simbólicos o los modelos explicativos del distrés) tenga su equivalente en el nivel psicológico y deba incidir forzosamente en la clínica terapéutica.

Algunos autores como Fassin (2000*a*) consideran que la etnopsiquiatría utilizada por Nathan en los barrios periféricos de París (y su gran éxito) podría ser, al igual que lo fue la praxis del psiquiatra Carothers en el período colonial,[171] un instrumento oficial de gestión de las poblaciones migradas para, en el caso actual, patologizar el mestizaje cultural y la migración al insistir en la incompatibilidad entre los universos simbólicos y culturales de origen y los del país de destino. Su emblema es la llamada a la creación de guetos como forma de preservar la identidad cultural, lo cual recuerda, en opinión de Fassin, a la máxima del psiquiatra colonialista, que se inscribía en una vieja estrategia del imperio colonial británico en el caso de las revueltas mau mau: si el conflicto reside en el encuentro entre culturas, su resolución consiste en separar para pacificar.[172] Es decir, favorecer las unidades espaciales separadas de las ciudades y de sus efectos desestructurantes en pos de un clima de inspiración cristiana y formas de vida ancestrales.

En este sentido, desde el punto de vista institucional, cabe recordar que, tanto en las consultas de etnopsiquiatría de París como en Bélgica, acuden a menudo personas derivadas de los servicios sociales; lo cual puede interpretarse como una forma de psiquiatrización culturalista de las problemáticas de índole social y del proceso migratorio delegada por instancias públicas de derecho común a dispositivos de gestión de la alteridad. Esto, como veremos después, no aplica a la consulta de Brugmann al ser un hospital perteneciente a la red pública de cuidados.

Otras críticas guardan relación con la racionalidad exótica y diferenciada que se le atribuye al inmigrante al pensar únicamente en categorías propias a *su* universo cultural (*djins*, *rabs*, etc.), así como al hecho de que esta perspectiva culturalista invisibilice las condiciones sociales, económicas y jurídicas en las que se desenvuelven día a día (Fassin, 1999*b*). A

171 Las referencias a Carothers no solo las realiza Fassin, sino que Frantz Fanon, en su emblemático texto *Los condenados de la tierra* (1963) hablará *in extenso* del uso de la psiquiatría en contextos coloniales y del referido Carothers.

172 Entendiendo la protesta anticolonial de los mau mau como el marco psiquiátrico de unas personalidades culturales tendentes a la patología (duplicidad criminal, disociación de la personalidad, etc.).

este respecto cabe destacar lo señalado por Chantal Crenn (2000) en su descripción de la problemática toma en consideración de la etnicidad por parte de las instituciones sanitarias. La autora analiza el ejemplo de un paciente que, derivado a una consulta de etnopsiquiatría en Francia, rechaza las categorías culturales y étnicas que los terapeutas le atribuyen, puesto que connotan matices desvalorizantes y segregadores, y reivindica un modelo explicativo basado en la clase social de pertenencia y las relaciones de poder.[173] Otras críticas, en este sentido, las realizan Roudinesco (1999) o Benslama (1999).

Si la praxis psiquiátrica dominante adolece, en diversos contextos europeos, de hacer uso de categorías y modelos explicativos de tipo etnocéntrico y con una impronta colonialista (ver la defensa del universalismo nosológico desde la psiquiatría de Cheng, 2001) apelando al asimilacionismo de los pacientes migrantes, esta misma tendencia podría subyacer, desde el punto de vista de las críticas mencionadas, en la etnopsiquiatría nathaniana a partir de su descentramiento biomédico.

Cabría preguntarse si todos los usuarios de las consultas quieren definirse en función de la ausencia de un *communitas* de origen y de otras dimensiones que en el nombre de la no esencialización lo asimilen al individuo republicano francés, o bien prefieren apelar a elementos resignificados, en una suerte de esencialismo estratégico (Spivak, 1987), de un *ethos* de origen como vindicación identitaria y recurso resiliente. Si es el segundo caso, ¿quiénes son los representantes depositarios del patrimonio de la vindicación o invención cultural y en qué términos y contextos se produce esto?, ¿apelar a lo cultural es excluyente de la consideración de la clase social o las relaciones de poder? Por otro lado, me pregunto si detrás de estas críticas no subyace una concepción pasiva y victimizadora del migrante. De estas críticas y preguntas hablaremos, a partir de la perspectiva etnográfica del estudio de caso en Brugmann, en el próximo apartado.

Desde el punto de vista operativo y metodológico del dispositivo terapéutico etnopsiquiátrico, tomando como ejemplo la consulta del centro Georges Devereux, se han planteado diversos cuestionamientos, algunos de los cuales retomamos aquí para su posterior discusión. Jaffré (1996) cuestiona ciertos elementos problemáticos en la interpretación lingüística

173 El paciente, por lo general, interioriza la nominación negativa de la sociedad dominante acerca de los inmigrantes: solo son tolerados cuando permanecen instalados en la posición que se les atribuye, es decir, la de fuerza de trabajo (Sayad, 1999).

y psicoanalítica llevada a cabo por los terapeutas y etnopsiquiatra. Estos abarcan los procesos de contextualización y ajustamiento de la interpretación, así como la comparación entre términos o la sustitución de lo real por la metáfora. Según el autor, cabe mencionar el peligro de que toda catacresis de las expresiones de la dolencia del paciente sea tomada al pie de la letra. Este es el ejemplo de la expresión *hacerse mala sangre*, en la que no se puede inferir por extensión que la persona se adhiera a las ideas que las palabras vehiculan; aunque remita a la teoría antigua de los fluidos, no quiere decir que los actores atribuyan a esta causa su malestar.

Otro de los problemas que se ha cuestionado en la etnopsiquiatría es que quizás hay demasiados códigos culturales de interpretación y que no son lo suficientemente adecuados en muchos de los casos, pues pueden tender a generalizar y unificar bajo un mismo término. Esto ocurre, por ejemplo, cuando no se define el contexto social del paciente más que por medio de algunas creencias que se suponen unánimemente compartidas (como la cosmogonía según la cual, en África, el mundo se creó a partir de una pareja de gemelos). Por otra parte, está el hecho de la dificultad de la puesta en relación de una lengua natural, la de los pacientes, con un código interpretativo artificial, el de los terapeutas. Un ejemplo de ello es la consideración de la comparación como equivalencia, como si los campos semánticos fuesen isomórficos y no se hiciese necesario evaluar el valor de concepciones y prácticas (la posesión, por ejemplo) en diferentes contextos precisos antes de compararlas (ibídem). Debido a la falta de precauciones metodológicas, la relación con el otro peligra de presentarse bajo los trazos, como señala Jaffré (1996), de una *interpretación salvaje*, que no resulta de la coherencia de los datos, sino de lo arbitrario del intérprete, aunque esta arbitrariedad se disimule bajo una aparente coherencia retórica.

Dahoun (1992), por su parte, cuestiona la problemática consideración del paciente sufriente como un sujeto de experimentación,[174] lo cual confronta el principio etnopsiquiátrico del análisis de la influencia entendida como eficacia terapéutica en la dimensión ética del dispositivo clínico. De

174 Lurbe (2006) hace otra crítica, más actual que las referidas, sobre la enajenación de los cuerpos extranjeros a través de dispositivos destinados para producir y gestionar la alteridad. Larchanché (2010) utiliza una perspectiva etnográfica en Francia y aborda la discusión sobre la posición liminar con la regulación y culturalización a partir de las representaciones sociales de los profesionales. Mi tesis (Muñoz, 2010), algunos de cuyos resultados se exponen en el presente libro, y los artículos posteriores discuten estos aspectos en Bélgica y España (Muñoz, 2014, 2015).

la validez o no de estos aspectos mencionados, y de otros problemas y desafíos de sus praxis, hablaremos a continuación.

7.2 Crítica etnográfica a la etnopsiquiatría en el hospital Brugmann

En mi trabajo de campo en la consulta de etnopsiquiatría del hospital Brugmann he podido contrastar varios de los aspectos problemáticos relatados anteriormente, lo que me ha permitido complejizarlos, matizando algunas de sus afirmaciones al situarlos en un contexto específico, o simplemente rechazarlos al considerarlos poco adecuados a la realidad de la práctica y más vinculados a la mera lectura de los textos, principalmente los de Tobie Nathan.

A partir de la perspectiva etnográfica de esta investigación señalaré tres ejes de análisis: *a)* el lugar que ocupa la consulta etnopsiquiátrica de Brugmann, un hospital de la red de atención sanitaria pública cuya cultura organizacional es biomédica; *b)* algunos aspectos cuestionables de la adecuación a los pacientes de la metodología etnopsiquiátrica del hospital: el dispositivo grupal, el discurso chamánico y el uso de los objetos activos, y *c)* las personas a las cuales está dirigida la atención etnopsiquiátrica.

A continuación, describimos y analizamos, desde los ejes mencionados, algunos de los aspectos problemáticos y preguntas que genera la praxis etnopsiquiátrica en Brugmann y, posteriormente, discutimos las críticas generales a la praxis clínica etnopsiquiátrica expuestas, en el anterior apartado, a la luz del estudio etnográfico en Brugmann y de los casos clínicos desarrollados.

Una terapéutica no siempre adecuada para todo tipo de pacientes

Con respecto a la decisión de tratar a los pacientes en este tipo de consulta, existe algún filtro de control, desde la derivación hasta la admisión por parte del etnopsiquiatra, como es la reunión personal introductoria con el paciente. Pese a esto, no en todos los casos la consulta está adaptada a los pacientes que llegan. Algunos de los factores que intervienen en la inadecuación son:

El carácter público de la consulta, el consentimiento informado y el derecho a la privacidad

La aproximación basada en el grupo multidisciplinar/multicultural de terapeutas es uno de los ejes principales de la propuesta etnopsiquiátrica e implica una serie de beneficios en la eficacia terapéutica vinculados al manejo de la contratransferencia y a otra serie de dimensiones analizadas, a partir de la relativización cultural de la diada terapeuta-paciente y de la concepción privada basada en la confesión. No obstante, según he podido observar en mi investigación, el carácter grupal y público esta estrategia conlleva dos problemas principales. El primero es que no es adecuada para algunos de los pacientes y el segundo es el debate que, en mi opinión, suscita en torno al derecho a la privacidad.

En el primer caso, la falta de adecuación del dispositivo terapéutico grupal a algunos pacientes guarda una relación directa con el hecho de que, con frecuencia, no saben lo que se van a encontrar al entrar por vez primera en la consulta y expresan su desconcierto verbal y gestualmente. En función de la conveniencia del método grupal y, sobre todo, de la aceptación del paciente, en el transcurso de la sesión o sesiones, se logrará que se adhiera y vincule a la terapéutica, o bien que la abandone. La primera entrevista con el paciente es esclarecedora para explorar el grado de adecuación del dispositivo. Sin embargo, durante el período de mi investigación pude detectar que, en ocasiones, su desarrollo actual no es suficiente, lo que provoca situaciones conflictivas de abandono y confrontación. Por lo que he visto, esto se debe a dos razones: la reivindicación de la privacidad en un contexto de obligatoria exposición grupal y la expectativa, y demanda, de un dispositivo diádico.

En ocasiones, la falta de información sobre las características de la consulta, en especial con respecto a la existencia y las funciones del grupo, ha dado lugar a situaciones de tensión en las que el paciente o sus acompañantes (los cónyuges, principalmente) protestan o se sienten violentados y dejan de acudir. Un ejemplo de esto fue el altercado que ocurrió en una sesión en la que participé: el marido de una paciente protestó enojado diciendo: «Los pacientes no son animales exóticos a los que hay que estudiar» y se refirió a la consulta como «un circo» (véase Muñoz, 2013*c*). Si bien algunas de estas quejas a través de la verbalización directa o del abandono de la consulta del paciente son fruto de una respuesta a una situación de vulneración, en otros casos observados, especialmente cuando es la pa-

reja la que se queja del dispositivo grupal, la lectura remite a la pérdida de poder y control (frente a una comunidad de interlocutores que, además, pueden representar a las instituciones y a su comunidad cultural de origen o destino) sobre, por ejemplo, su compañero o compañera sentimental, en los casos en los que existe violencia de género. En este último sentido, según pude inferir de la observación y testimonios de los coterapeutas, se trata más bien de sabotear la consulta, que se ha convertido en el grupo de apoyo de su pareja.

En otros casos existen elementos de interferencia relacionados con el carácter público, como la posible coincidencia de alguno de los coterapeutas con el entorno cercano de los pacientes o la percepción como perjuicio del paso de *ser universal* a *representante de su cultura de origen*, en términos de Nathan (2001*b*: 114). El paciente es interpelado como sujeto culturalmente significado cuando lo que demanda es que se le considere como miembro de un *communitas* republicano valón donde la dimensión identitaria cultural, entendida como la adscripción a un grupo minoritario, sea secundaria y tal vez prescindible. Esto es, el derecho a la asimilación o a la vindicación de la cultura de origen, siendo en algunos casos la identidad cultural belga (o regional), frente a, por ejemplo, la del lugar de nacimiento de sus padres o abuelos.

En lo relativo a la vulneración del derecho a la privacidad, considero que un factor determinante es el poco control que se ejerce sobre la entrada de los coterapeutas y, en especial, del uso que estos le dan al material que obtienen en la consulta. Si bien con anterioridad a mi entrada al campo negocié con el etnopsiquiatra que mi objetivo era realizar una tesis de doctorado y publicar sus resultados, para mi experiencia en el terreno no recibí ninguna explicación ni recomendación u obligación contractual sobre la confidencialidad de la información clínica y personal del paciente, lo cual les sucedió también a otros de los participantes en la consulta. Cabe precisar que, de partida, a no ser que lo demandásemos expresamente, no conocíamos muchos de los datos personales del paciente, como apellidos, residencia o, por ejemplo, lugar de trabajo. Por otra parte, al comienzo de cada sesión grupal tampoco se explicita ni transmite al paciente cuáles son las obligaciones deontológicas de los terapeutas al respecto, como sí sucede en otras consultas etnopsiquiátricas (ver Lecomte, Jama y Legault, 2006).

A menudo, el carácter público de la consulta se opone eficazmente a la denominada *farsa de la privacidad*[175] y a los posibles abusos de poder del psiquiatra, al tiempo que logra un mayor control de las contratransferencias (y sus efectos no deseados); no obstante, el escaso cuidado con que se maneja la información confidencial del paciente implica su rechazo, como sujeto de derecho, hacia las técnicas que pretenden su sanación. El grupo, representante performativo de la multiculturalidad del país de acogida, se erige como actor-observador de un teatro social de la curación convertida (por la ausencia de control de los datos) en un evento público frente al cual el paciente, reducido a objeto pasivo, es vulnerado, desde una economía pragmática de la curación, por la ausencia de anonimato a la que queda sometido y los potenciales efectos de la *fuga de su intimidad*.

Así pues, el control efectivo de esta información es tan relevante que su ausencia o existencia instauran una concepción no solo del *ethos* de la terapia, sino incluso de la vida pública y la validez del derecho a la privacidad del paciente. En mi opinión, no se trata de que el paciente se convierta en un validador de la teoría del terapeuta, cualesquiera que sean sus consecuencias, sino de que estas últimas den la medida y autoricen el uso de un recurso/teoría y de los mecanismos de control sobre él. Retomando las palabras de Habermas (1982) con respecto a las miradas del investigador, esto marca la diferencia entre una perspectiva objetiva/correctiva del terapeuta con respecto al paciente, o bien una perspectiva de tipo emancipatorio.

En este sentido, considero que el paso de la ética de la confidencialidad a la ética del testimonio —frente a seres visibles, terapeutas, o invisibles, ancestros (Nathan, 1996)— conlleva una concepción y estructuración *ad hoc* del *self* del paciente que, en mi opinión, es problemática y esencialista. Dicha concepción sostiene que el paciente no está solo, sino que siempre está acompañado de un mundo espiritual que lo remite a sus ancestros y adhesiones con su cultura de origen, lo cual lo hace humano, en palabras de Nathan. Al margen de disquisiciones sobre la reducción culturalista de este discurso, que solo reconoce como humano al migrante en la medida

175 W., en diversas ocasiones, ha comentado que no entiende por qué en una consulta de psicoanálisis no hay testigos (lo llama la *farsa de la confidencialidad*). Confiesa que a él le parece más justo estar expuesto a equivocarse y a que se sepa fuera de la consulta; así hay que arriesgarse más. Esta afirmación es de carácter general tanto en su discurso como en los enunciados de la etnopsiquiatría nathaniana.

en la que reivindica una condición trashumante (epifenómeno patogénico) y un origen no autóctono, el riesgo en este caso específico estriba en cómo opera dicha concepción, argumento inaugural que justifica la configuración pública de la consulta, desde el punto de vista de la defensa del paciente como ciudadano y sujeto de derecho. Se trata, en todo caso, de evitar los escenarios y las consecuencias no controladas del recurso metodológico experimental constituido por el grupo en las situaciones en que la intimidad del sujeto sea violentada por un dispositivo que, en la lógica instrumental de la sanación, actúe sin el consenso del paciente, a menudo vulnerable y desesperado por encontrar una solución a su padecimiento, sea cual sea esta.

En mi opinión, es necesario el perfeccionamiento de los mecanismos de información y escucha del paciente,[176] con el fin de poder proporcionarle exhaustivamente los detalles del funcionamiento de la consulta y saber si, en el proceso de esta (aparte de esperar a ver resultados o no), la metodología se ajusta a sus demandas o si se podría mejorar algún aspecto. En resumen, se trata de democratizar el dispositivo etnopsiquiátrico para que el paciente decida con toda la información posible.

El discurso chamánico que enajena

En el enfoque de tipo chamánico, el grupo de terapeutas ofrece un discurso al paciente proporcionándole un mito social a través de sus acompañantes y el grupo de terapeutas, en contraposición al que, en el psicoanálisis, él mismo aporta en forma de mito individual. En el caso del hospital Brugmann, he podido documentar que este método, que propone priorizar de manera sistemática la palabra de los acompañantes relacionada con el padecimiento y las vivencias del paciente por encima de la palabra de este, no es siempre idóneo para todos los pacientes que asisten a la consulta. A algunos pacientes les incomoda que otras personas hablen en su nombre.

Un ejemplo de ello es el de R., una chica de 15 años de origen marroquí (caso 3) que acude a la consulta derivada del centro de menores en el que vive; va acompañada por dos asistentes sociales de 25 años. La causa por la que fue derivada del centro de menores a la consulta etnopsiquiá-

176 Antes de que sea tarde y decida no volver, o bien antes de que vuelva, pero se vea perjudicado por la consulta.

trica, según relatan los asistentes, es que los problemas que padece (apatía e incapacidad para concentrarse en las clases) remiten a su cultura y a su historia personal. En la primera sesión, la paciente se muestra sorprendida al ver al grupo de terapeutas y la disposición espacial de la consulta (lo que interpreto al observar que, cuando entra en la consulta, reacciona con una expresión de susto y desconcierto ante la presencia del grupo).

Nadie le explica en qué consiste la consulta ni las características de esta. Comenzamos con las presentaciones y, acto seguido, se pide a sus acompañantes que expliquen qué es lo que le sucede a la paciente y cuál es la idea que ella tiene de su padre. El discurso chamánico emitido por parte de las asistentas sociales, continuo durante la primera mitad de la sesión, provoca un visible retraimiento y malestar en la paciente. En un momento determinado, R. protesta argumentando que no está de acuerdo con las interpretaciones: «Estoy harta de que no me escuchen, de que los otros cuenten las cosas por mí o no entiendan lo que digo. Es en ese momento cuando no puedo pensar y me quedo en mi mundo» (paciente R., caso 3). A partir de entonces, la estrategia promovida por el etnopsiquiatra cambia: trata de basarse en la búsqueda activa de interacción con la paciente y desplaza a un segundo plano la voz de sus acompañantes.

Es conveniente que esta estrategia, al menos en el caso estudiado de Brugmann y otros análogos, se combine con el análisis de la información proporcionada por el paciente y los acompañantes. En este caso, el enfoque discursivo basado en el paciente no es operativo en presencia de R., más allá de la información que provee sobre la percepción de los profesionales educativos y sociales acerca de la casuística de su dolencia.[177] En otros casos, me consta por lo observado en el transcurso de las consultas y la información de los coterapeutas que uno de los motivos por los que algunos pacientes han dejado de acudir a la consulta es este exceso de discursos e interpretaciones sobre ellos. En este sentido, considero que es fundamental generar mecanismos de detección de la pertinencia de este recurso y su adecuación a las demandas del paciente. Un ejemplo de ello son las entrevistas introductorias e informativas o el monitoreo de recursos metodológicos como este a lo largo de las consultas, de modo que no haya que depender exclusivamente de que el paciente explicite una queja.

177 Información que, por otro lado, se puede y suele obtener en sesiones separadas sin la presencia de la paciente.

Una cultura etnopsiquiátrica en un espacio biomédico

La emergencia de la consulta de etnopsiquiatría en el hospital Brugmann parte de la relativización cultural del enfoque biomédico universalista. Esto permite reformular ciertos marcos teórico-metodológicos del modelo biomédico dominante para mejorar la eficacia terapéutica con ciertos pacientes y problemas. Si el aspecto propositivo es esta aproximación transgresora y transformadora del marco cultural dominante de atención hospitalaria, así como la mejora de los resultados curativos de la praxis clínica, no se pueden obviar algunas derivas problemáticas de su existencia y praxis en dicho marco ni de la trayectoria profesional del etnopsiquiatra. Si antes se podían cometer errores o abusos desde una aproximación clínica eminentemente biomédica, ahora pueden suceder por la alianza entre un enfoque organicista/farmacológico erróneo y la vindicación de desacertadas nociones culturales. El siguiente caso es un ejemplo de ello:

La paciente T., de origen francés/marroquí,[178] vivía en Francia y tuvo un accidente de coche cuando viajaba a Bruselas para visitar a unos amigos. Fue hospitalizada en Bruselas con diversos politraumatismos; por cuestiones relacionadas al seguimiento del tratamiento, tuvo que quedarse a vivir una temporada en la ciudad. Cuando mejoró físicamente y fue capaz de regresar por sus propios medios a su residencia y hacer una vida normal, continuó con el tratamiento y no se procedió a su derivación a un hospital de su región en Francia, de modo que se la mantuvo bajo supervisión médica en un hospital de Bruselas. Por lo que pude observar durante el trabajo de campo, en un principio, los médicos priorizaron salvar la vida de la paciente y su rehabilitación; sin embargo, al recuperarse y ganar autonomía, no regresa a su país por la presión, según nos relata, de un condicionamiento burocrático/administrativo: la dificultad y desconocimiento de los trámites que hay que seguir, así como por el seguimiento terapéutico y del tratamiento. En este sentido, se siente comprometida por la insistencia en la obligatoriedad de la supervisión del tratamiento por parte de su médico, a pesar de conocer las circunstancias de su residencia en Bruselas, y su miedo a dejarlo y agravar su estado de salud.

Estar lejos de su familia y entorno, y deber instalarse en Bruselas por motivos ajenos a su voluntad son factores que inciden notablemente en el desencadenamiento de una serie de problemas que afectan a su vida en

178 No aparece en los estudios de caso desarrollados anteriormente.

pareja y a su salud mental. T. es derivada a la consulta de etnopsiquiatría por trastorno de ansiedad con una etiología vinculada, según el etnopsiquiatra, a variables de tipo cultural.

Durante la consulta de etnopsiquiatría, las causas que se barajan acerca de su sintomatología remiten a su relación con su marido, a la cuestión migratoria y la expresión de la dolencia en su cultura de origen marroquí. Este modelo interpretativo prevalece frente a la exploración en los mecanismos de la cultura organizativa biomédica y la burocracia que la mantiene atada a Bélgica, en contra de su voluntad, bajo la argumentación del tratamiento. Huelga decir que a los medicamentos necesarios para su tratamiento rehabilitador somático se le suman los que ahora le prescribe el etnopsiquiatra.

Al ser un ejemplo poco frecuente, muestra cuales pueden ser los efectos de la alianza entre culturalización y biomedicalización cuando no solo se desestima abordar etiologías que remiten a los campos sociales en los que la paciente se desenvuelve cotidianamente, haciendo abstracciones exotizantes sobre su cultura de origen y aportando herramientas químicas de contención/adaptación, sino que se evita el debate sobre los posibles errores o asimétricas negociaciones de la cultura biomédica en la gestión del proceso s-e-a/p.

Por otra parte, como analizaremos a continuación, el emplazamiento de esta consulta en un hospital público conlleva una serie de implicaciones con respecto a la discusión sobre la segregación de los pacientes migrantes en centros especializados en la atención a la alteridad externos a la red de cuidados pública. Si bien considero como positiva, en términos de la mejora en el acceso a la atención médica de la población migrante, la apuesta de una institución pública por la creación de espacios adecuados a la atención en la diversidad cultural desde el derecho común, su ubicación me lleva a plantear dos preguntas: ¿los centros especializados en etnopsiquiatría, o en la dimensión cultural de la salud mental, adscritos a hospitales generan una suerte de condensación, en un circuito subalterno de la cultura organizacional biomédica, de aquello que transversalmente debería atravesar a otras consultas: la dimensión sociocultural del padecimiento y de la atención biomédica, eludiendo su problematización y su posterior transformación?, o bien ¿sirven de detonantes, como ejemplos paradigmáticos, para una réplica del vínculo entre la consideración de la cultura de atención biomédica, su relativización y la mejora de la pertinencia y eficacia terapéutica en otros espacios y praxis clínicas hospitalarias? Considero que este podría ser un eje interesante para futuras investigaciones.

7.3 Algunas matizaciones a la crítica general del dispositivo etnopsiquiátrico

Como vimos al comienzo del capítulo, el nacimiento y desarrollo de la consulta etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann tuvo lugar en los años 90, coetáneamente a la consolidación del centro Georges Devereux en París, gracias a un contexto de sensibilización con la atención sanitaria en la diversidad cultural promovido por un grupo de psiquiatras entre los que se encuentra el actual etnopsiquiatra. Se barajó la posibilidad de crear un centro etnopsiquiátrico independiente del hospital, lo cual al final se desechó al considerar que se podía evitar cierta segregación del circuito de cuidados público manteniendo a los pacientes en el seno del hospital.

La ubicación de la consulta es la primera variable que conlleva implicaciones analíticas a la hora de contrastar las críticas generales a la etnopsiquiatría clínica, dirigidas principalmente a un dispositivo clínico que se encuentra en un centro privado especializado en el tratamiento de pacientes de origen extranjero,[179] con el caso que aquí nos ocupa de Brugmann. La consulta etnopsiquiátrica en Brugmann se halla emplazada en un hospital público perteneciente a la red de cuidados normalizada, lo cual invalida las conclusiones generales de las críticas, señaladas por autores como Fassin, con respecto a la segregación de los inmigrantes en dispositivos exteriores al derecho común de atención sanitaria. Asimismo, la modalidad grupal pública en la que existe una apertura para la participación como coterapeuta invalida, para este caso, las críticas sobre la supervisión de ciertas consecuencias en el paciente, así como del dispositivo etnopsiquiátrico y la experimentación clínica sin un monitoreo de la praxis etnopsiquiátrica. En este sentido, considero que la concepción diádica y basada en la privacidad de la praxis clínica biomédica hegemónica, al igual que la relación contractual y de subordinación de los coterapeutas (al ser todos estudiantes sujetos a evaluación) por medio de prácticas profesionales en posgrados impartidos por el centro, como en el caso del centro Georges Devereux de Nathan, se prestan a una mayor impunidad y ausencia de monitoreo de la praxis del etnopsiquiatra que en el caso de un dispositivo como el de Brugmann.

179 En los últimos años, el centro George Devereux, al que principalmente se refieren estas críticas, ha llevado a cabo una mayor diversificación de sus usuarios e incluye minorías socioculturales autóctonas.

Como se ha comentado, la especificidad de la consulta etnopsiquiátrica suele estar vinculada, muy a menudo, con problematizaciones de los pasajes migratorios y de las vivencias relativas a los mestizajes culturales. De este modo, se tienden a identificar las prácticas etnopsiquiátricas con el tratamiento de la alteridad, desde un punto de vista especializado en las invariabilidades culturales y que basa preferentemente su discurso en torno a ellas. A esto se le puede sumar, como acabamos de ver en el caso de la paciente T., una ineluctable influencia de la cultura biomédica en la que están inscritos tanto su espacio de práctica como la formación principal del etnopsiquiatra.

Sin embargo, esto no es siempre así. En la consulta de Brugmann también se abordan, con relativa frecuencia, cuestiones que remiten a actuaciones en el campo de lo social. Esto comprende tres ámbitos o actuaciones específicas: a) la movilización de los agentes sociales del entorno comunitario y familiar del paciente (familia, amigos, etc.); b) el asesoramiento de temas relativos a su situación legal (trámite de documentos) o de su vivienda o trabajo, y c) la actuación, por parte del psiquiatra, de defensoría del paciente por medio de cartas de recomendación a instancias judiciales o laborales.

Remitiéndome a los estudios de caso, el primer ámbito corresponde a la praxis con la paciente E. (caso 5). En la consulta se intenta que acuda su madre o alguien de la familia con el fin, por una parte, de conocer más de ella y de su infancia y, por otra, de movilizar (o saber si es posible hacerlo) su red de entreayuda familiar. Finalmente, la acompaña una prima a una de las sesiones. El segundo ámbito se refleja en el caso de la paciente A. (caso 6), quien tiene un hijo invidente que fue entregado por orden judicial, a raíz de una de sus crisis, a una familia de acogida; el niño tiene 11 años. El juez dictaminó el tiempo que podría verlo su madre, una vez al mes, basándose, de forma arbitraria (según considera W. en la sesión), en la opinión puntual del hijo. El psiquiatra propone una medida de tipo social que consiste en la redacción y el envío de una carta al juez en la que se recomienda, bajo criterios de orden terapéutico, que la madre pueda ver a su hijo en más ocasiones. El tercer ámbito se corresponde con el caso de la paciente de origen uzbeko S. (caso 1). Durante las sesiones clínicas, recibe asesoramiento sobre cuestiones sobre su permiso de residencia, ya que se plantea la posibilidad de irse a vivir por un tiempo a Alemania; así como sobre la legislación y sus derechos como arrendataria de un inmue-

ble, puesto que ha tenido problemas con la propietaria de este, que han desembocado en el retorno de ciertos síntomas de ansiedad.

Coincido con la crítica a ciertos aspectos de la dimensión operativa del dispositivo terapéutico, manifestada por Jaffré (1996); concretamente, con la existencia de descontextualizaciones, generalizaciones y sustituciones de lo real por la metáfora que puedan efectuarse en el transcurso de la traducción o interpretación en la consulta etnopsiquiátrica. Sin embargo, considero que, aunque no se puede desdeñar la complejidad de los contextos y trayectorias etnolingüísticas del paciente (ya que, como hemos visto, es un preciado material terapéutico), la eficacia de la acción del dispositivo está compuesta muy a menudo de un material más profano y, si se quiere, burdo.

Los procesos de transferencia y abreacción no siempre requieren que el terapeuta deba conocer el material lingüístico, o los modelos explicativos del proceso s-e-a/p más comunes de la región específica del país de origen del paciente. Sin pretender hacer una apología de dicha interpretación salvaje, creo que los procesos terapéuticos se pueden desencadenar por registros lingüísticos, así como por niveles identitarios de empatía o pertenencia, más generales y dinámicos; por ejemplo, el hecho de ser inmigrante y compartir aspectos, comunes o negociables, de una trayectoria de vida, u otros relativos a prácticas, hábitos, expresiones de la aflicción o conocimientos del proceso s-e-a/p. Sin dejar de lado todos los esfuerzos posibles para una obtención de datos empíricos de calidad, basta recordar el caso (comentado en el apartado «Entre consultas») de la discusión durante un cuarto de hora con tres intérpretes, la paciente y su familia para encontrar la palabra justa que definiese *tristeza*. Hay que mencionar que la concepción global del mecanismo terapéutico desde la pragmática puede evitar reificaciones culturales e identitarias, esta vez reflejadas en un exceso de particularismo en la interpretación. La consulta etnopsiquiátrica es un espacio no solo de adhesión sino también de invención cultural.

En cuanto a la atribución, por parte de la aproximación etnopsiquiátrica, de una racionalidad exótica y diferenciada al inmigrante, al pensar únicamente en categorías propias de su universo cultural (*djins*, rabs, etc.) —algo que cuestiona Fassin (1999*b*)—, en los estudios de caso desarrollados se puede observar que, con mayor o menor habilidad según el momento, se tiende a considerar a la propia psiquiatría como una cultura y al paciente como un actor portador de una diversidad de representaciones

sociales y modelos explicativos del proceso s-e-a/p; entre otros, el biomédico. Un ejemplo de ello es el de la paciente A. (caso 6):

> A. expresa en sucesivas ocasiones la necesidad que tiene de darle un nombre a su enfermedad refiriéndose a «los nombres de la psiquiatría» (melancolía, depresión, etc.). W. comenta que él pertenece a una cultura médica que es justamente eso, una cultura, ni más ni menos. A. señala que el motivo principal por el que vino a la consulta fue que creía que W. le iba a dar medicamentos.

«Yo no me suelo basar demasiado en lo cultural (entendido como un opuesto a la narrativa biomédica) ya que los pacientes también poseen, y se remiten a ello, un amplio conocimiento del diagnóstico occidental» (entrevista personal a Woitchik, 2006).

Con algunos pacientes, la variable de la cultura de origen no aparece prácticamente (casos 1 y 2); en cambio, con otros, el etnopsiquiatra y los coterapeutas tantean la temática en un momento determinado para tratar de obtener información terapéuticamente relevante, de la misma manera que se habla del pasaje migratorio, de las condiciones socioeconómicas en las que se realiza o de la visibilización de procesos macropolíticos que inciden en la subjetividad del paciente; por ejemplo, la ejecución televisada de Sadam Hussein (caso 4).

A esto hay que añadir que, al igual que en el centro Georges Devereux de París, acuden a esta consulta personas autóctonas, de origen belga, lo cual aporta una lectura de interés, ya que también en ellos opera la metodología (la materialización de la alteridad, por ejemplo) concebida para el paciente de origen extranjero. En este sentido, los modelos explicativos del proceso s-e-a/p se negocian desde el encuentro entre el representante de la sociedad de acogida (el paciente) y los miembros de una sociedad multicultural que representan las instituciones de salud (los coterapeutas). Algunos pacientes autóctonos en cuyas consultas he participado sufrían dolencias que podían reformularse a través del eje analítico migratorio, con componentes culturales locales. Para otros, simplemente, este sistema no resultaba efectivo, ya que su dolencia estaba vinculada a la violencia, entre otras, de tipo familiar o agravada por los efectos de ciertas terapias, psicológicas o de otro tipo, en sus trayectorias de búsqueda de atención. El intercambio con fines terapéuticos de modelos explicativos del proceso s-e-a/p entre belgas con dolencias psíquicas e interlocutores de origen extranjero podría ser una línea de investigación interesante en este campo etnopsiquiátrico. En lo que aquí respecta, esta línea de exploración analítica se abordará en el caso correspondiente al modelo antipsiquiátrico intercultural.

8. El Quijote, Sancho y la necesidad del alter: eficacia terapéutica desde una biografía colectiva de la trasplantación

La praxis etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann de Bruselas logra una eficacia terapéutica con aquellos pacientes con los que, por sus itinerarios socioculturales, la aproximación psiquiátrica del modelo biomédico hegemónico se ve abocada al fracaso, por medio de una búsqueda activa de la eficacia terapéutica y de una sensibilidad hacia la atención sanitaria, garantista y de acceso y disfrute universal en la diversidad cultural. Esto lo consigue a partir de un descentramiento producido por la relativización cultural del universalismo biomédico que rige la consulta psiquiátrica canónica en el hospital y a través de una propuesta de tipo interdisciplinaria que produce dispositivos de mediación entre los modelos explicativos del proceso s-e-a/p.

El descentramiento, en forma de relativismo de sus preceptos culturales hegemónicos, visibiliza (interpelando los límites, las fronteras y sus porosidades) la tensión entre la identidad disciplinaria académica etnocentrada de la psiquiatría y la apertura en forma de relativización de ciertos elementos fundacionales de su corpus de conocimiento, con el objetivo de generar espacios de síntesis, transgresión o cuestionamiento, y producir teorías y métodos capaces de responder a la complejidad de la nueva realidad. Esto promueve una nueva configuración del medio receptor disciplinar (la consulta médica, en este caso) interpelado a la transformación (Muñoz, 2015).

En cuanto al emplazamiento de la consulta etnopsiquiátrica en el espacio teórico comprendido entre los ejes del universalismo biomédico y del relativismo cultural, considero que este tipo de terapia intercultural se ubica en un lugar intermedio en relación con los dos otros casos de la FCCP y la antipsiquiatría intercultural. El área del eje universalista biomédico estaría anclada por lo que respecta a la existencia de ciertos elementos predominantes de su plantilla cultural, como es el caso del preferente uso del DSM-IV, por parte del etnopsiquiatra, para la clasificación de las enfermedades mentales. También en lo relativo al lugar donde se desarrolla, una consulta en el Área de Psiquiatría de un hospital, y a la habitual prescripción de psicofármacos.

La relativización de dicho enfoque universalista se efectúa al cuestionar elementos fundacionales de la praxis psicoterapéutica clínica que pertenecen a tres aspectos teórico-metodológicos articulados, por su fun-

ción en la eficacia terapéutica, a la configuración del espacio clínico y a la concepción testimonial de corte pragmático y público de la consulta: el grupo multicultural/disciplinar de coterapeutas, el discurso basado en el paciente y los objetos activos.

Sumado a la mejora de la eficacia terapéutica, los elementos emblemáticos de esta praxis etnopsiquiátrica, que descentran el anclaje dominante de la aproximación biomédica, buscan una democratización del proceso de atención a través de la supervisión colectiva (por parte del grupo de coterapeutas) de la diferencia de poder entre paciente y psiquiatra para garantizar la honestidad y buena praxis clínica del profesional de la salud mental y evitar abusos e impunidades. El análisis que aquí presento, fruto de mi observación participante y monitoreo, es un ejemplo de ello. Como hemos visto, la ruptura con la farsa de la privacidad y su particular forma de operar en Brugmann tiene efectos positivos en la eficacia terapéutica y en la democratización de la relación entre el terapeuta y el paciente, pero también puede conllevar ciertos problemas. Según hemos analizado, los problemas más importantes son la ausencia de mecanismos efectivos de precaución metodológica que permitan identificar la adecuación de la praxis etnopsiquiátrica y las posibles consecuencias de desadherencia a la consulta de algunos pacientes.

Para ello es importante, como mencionamos, considerar al paciente y a sus acompañantes expertos en la etiología de su padecer, pero también es fundamental concebirlos, en la línea de lo señalado por Taussig sobre el modelo explicativo del médico (1980), como interlocutores válidos en la reflexión sobre las culturas organizacionales, las intersecciones entre diversos modelos de atención —hegemónicos y subordinados (en términos de Menéndez, 1984)— y sus prácticas; esto es, en el poder, las ideologías y sus articulaciones institucionales en la sociedad de destino desde, en este caso, el derecho a la confidencialidad y al consentimiento informado.

En lo relativo a la subjetividad del paciente y su identificación con el grupo, como recurso terapéutico, el consentimiento informado es el parteaguas entre la mímesis y la mascarada, siguiendo la lectura que Diane Fuss (1994) hace de Frantz Fanon. Si la mascarada es la identificación inconsciente con ciertos referentes dominantes (coloniales), que en este caso son los del dispositivo terapéutico como representación cultural impuesta en círculos de adscripción identitaria, la mímesis es el agenciamiento que permite una identificación estratégica, con fines terapéuticos en este caso, pero conservando la capacidad de decisión del sujeto sobre el recurso.

A partir del análisis de la producción de narrativas biográficas de la alteridad, en el marco explicativo de la dialéctica entre universalismo biomédico y relativismo cultural en el que se inscriben las praxis, consideramos a la FCCP como ejemplo de una *biografía individualista interpelada*, a la praxis etnopsiquiátrica como una *biografía colectiva de la trasplantación* y a la praxis antipsiquiátrica intercultural como *una biografía desinstitucionalizada*.

En el caso de la clínica etnopsiquiátrica en Brugmann, la biografía colectiva se genera a través de la aparición y producción de la alteridad, el diagnóstico del equívoco y la pluralidad del lugar (en términos de Certeau, 2003). Desde el trabajo de conjuntos sociales experimentales, los terapeutas, junto con los demás participantes en la consulta (el paciente y sus acompañantes), son depositarios de la representatividad de un tipo de relaciones socioculturales significadas a efectos clínicos. El Robinson Crusoe patogénico interpelado por la FCCP, se transmuta aquí en el nómada don Quijote: una manifestación de la necesidad de la alteridad en el análisis de la condición humana, así como una imagen errática de la movilidad del ser, la identidad y el pensamiento. Esto plantea diversas discusiones sobre las modalidades de producción colectiva o individual de las narrativas biográficas del ser y de la aflicción (la llamada al discurso chamánico en el seno de la institución hospitalaria) y sobre la naturaleza de la migración, el mestizaje y la hibridación como fenómenos problemáticos, o bien como parte inherente de la condición humana en un mundo custodiado por el sedentarismo y la asimilación como elementos que proporcionan reconocimiento y derecho desde la gestión política de la diversidad cultural.[180]

A continuación, analizaremos la praxis perteneciente al modelo antipsiquiátrico intercultural, que realiza en Bruselas la ONG L'autre «lieu», y su aproximación teórico-metodológica en el tratamiento de la dolencia psíquica, a partir de una perspectiva contradisciplinaria y de la producción de una narrativa biográfica del padecimiento desinstitucionalizada.

180 La práctica etnopsiquiátrica ha sido retomada para problematizar el concepto de pluralismo médico en otra publicación reciente, a partir de lo que denomino como nomadismo terapéutico (Muñoz, 2020).

PARTE VII. EL CUIDADO DESDE LOS OTROS Y SU COLECTIVIZACIÓN EN LOS MÁRGENES: EL MODELO ANTIPSIQUIÁTRICO INTERCULTURAL

1. Las casas de acogida peul: alteridades, antipsiquiatría y convivencia intercultural[181]

El modelo antipsiquiátrico intercultural está constituido por la práctica de las *casas comunitarias peul*, llevada a cabo por la asociación radicada en Bruselas L'Autre «lieu». Si bien son diversas las praxis existentes en salud mental con una perspectiva comunitaria, esta práctica de acompañamiento intercultural es única en sus características. Ni en Bélgica ni en España existe, hasta la fecha, otra aproximación que aúne el vector de una praxis alternativa a la psiquiatría con el intercambio de narraciones de modelos explicativos del proceso salud-enfermedad-curación en la convivencia intercultural.

2. El origen del proyecto

L'autre «lieu» se creó en 1980, es una asociación que se considera perteneciente a la corriente alternativa a la psiquiatría dominante y que se inscribe en una dinámica de reflexión crítica sobre el sistema psiquiátrico. Su objetivo principal es el de permitir a las personas en situación de dificultad psicológica evitar o acortar una posible hospitalización psiquiátrica proponiéndoles lugares de escucha/ayuda y de acogida distintos de los ofrecidos por el sistema terapéutico institucional.[182]

181 Este estudio de caso fue publicado en Muñoz (2014*b*). Aquí se amplían aspectos teórico-metodológicos y descripciones etnográficas.

182 L'Autre «lieu» recibe financiación a través de donaciones privadas, principalmente, y de recursos públicos de la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles (COCOF).

De las tres praxis que he descrito y analizado en el presente texto, esta es la que, en el campo delimitado por los ejes teóricos del universalismo biomédico y el relativismo cultural, se encuentra más cercana al segundo. Esto se debe a, por un lado, la relativización y crítica radical del poder y el papel de la psiquiatría hegemónica en la sociedad occidental y, por otro, la creación de un lugar de unión, de reencuentro entre biografías, experiencias y modelos explicativos de la salud, la enfermedad y la curación.

El proyecto de las casas de acogida peul tiene su origen en la relación sentimental entre una chica belga, que a mediados de los años 80 trabajaba en la asociación L'Autre «lieu», y un chico peul, de nacionalidad mauritana, residente en situación indocumentada en Bruselas. A medida que ella convivía con la comunidad peul en la ciudad, se fue dando cuenta de que sus miembros, en situaciones jurídico-administrativas análogas a la de su compañero, vivían en condiciones pésimas de alquiler, a menudo apiñados en sótanos sin ventilación y con humedad. La mayor parte llegaban —y llegan— a Bélgica tras conflictos y persecuciones políticas en sus países, especialmente en las zonas del sur y de la cuenca del río Senegal en Mauritania.

El punto de inflexión histórico, en un contexto regional de migraciones y movimientos poblacionales frecuentes desde décadas atrás, acaeció a partir del conflicto mauritano-senegalés en abril de 1989 y las subsecuentes persecuciones políticas y expulsiones, por parte del Gobierno mauritano, de aproximadamente 120 000 miembros de su población (ver Laigneaux, 2009). Según mencionan mis fuentes entrevistadas, durante su convivencia con la comunidad peul, ella observa que esta vehicula valores, que denomina *tradicionales*, como la solidaridad en el seno del grupo, la hospitalidad hacia el extranjero, el respeto de las diferencias y la afirmación de una identidad coherente. De ahí surgió la idea, en el marco de la acogida de personas con padecimiento psíquico, moral o social que venía llevando a cabo la asociación, de crear una casa comunal que reuniese bajo un mismo techo tanto a peuls como a las personas con estos padecimientos. La originalidad del proyecto, como se analiza a continuación, radica en que pone en común a personas sometidas a exilios de diferente naturaleza: el exilio y refugio político en los peul, y la psiquiatrización y exclusión social en las otras personas. Asimismo, también puede verse como la unión de dos grupos de personas sometidos a diferentes formas de exclusión social: la relativa a la falta de derechos de los sin papeles y la de la estigmatización social por motivos de salud mental.

En la asociación existen dos casas con estas características, llamadas Geef y Viver, y una tercera *semicomunitaria* llamada Surson 31. Esta última, creada en 1999 en el barrio de Saint-Josse, es diferente de las otras dos, pero también utiliza una aproximación alternativa a la psiquiatría. Si bien no es parte del presente estudio, como elemento de contexto cabe mencionar que la acogida la lleva a cabo un solo inquilino y los apartamentos son individuales. A su vez, la casa en su conjunto se gestiona por todos y los inquilinos organizan encuentros y actividades comunes con los animadores de la ONG. La praxis que se realiza en Surson 31 se podría enmarcar en un acompañamiento que está extendido en el ámbito asociativo e institucional de la salud mental en Bruselas.

Así, incluyendo la sede administrativa, la asociación cuenta con un total de cuatro casas, ubicadas en barrios y contextos diferentes. Por esta característica y sobre todo por la estigmatización hacia las personas que sufren dolencias de tipo mental, la relación que establecen sus integrantes con los habitantes del entorno en el que se ubican es disímil, lo que condiciona la propia vida en el interior de la casas. Según lo observado en el trabajo de campo, la relación que los inquilinos de Surson 31 tienen con los vecinos del barrio en el que está ubicada la casa es muy diferente a la existente en las casas peul. Los inquilinos de Surson 31 son a menudo estigmatizados por el vecindario, que denomina la casa como una *casa de locos* y trata de evitar cualquier vínculo o relación con ella y sus integrantes. Esto, en la actualidad, no sucede en las casas peul; si bien al principio los vecinos se mostraban susceptibles, a lo largo de los años acabaron por considerarlas como parte del barrio. Según los testimonios de los trabajadores de la asociación, esto sucedió por las características de las casas peul, que están ubicadas en barrios multiculturales en los que es costumbre la convivencia entre autóctonos y alóctonos, y por el hecho de que no están configuradas por un perfil de habitantes alterizado por su padecimiento mental.[183]

183 También contribuyó, según el testimonio de los trabajadores de la asociación, la llegada de algunas personalidades políticas que fueron invitadas a cenar en las casas y fueron reconocidos por la vecindad.

3. La sede de L'autre «lieu»: lugar de la primera acogida

La sede de L'autre «lieu» está en la comuna metropolitana llamada Bruxelles ville, que se corresponde con el centro histórico de Bruselas y es la comuna más poblada de la ciudad, con más de 140 000 habitantes. Su composición sociocultural es, como sucede en gran parte de la ciudad, muy heterogénea: las áreas administrativas de las instituciones europeas se encuentran junto a barrios obreros con gran representatividad de habitantes de origen extracomunitario.

Antes de profundizar en el universo de las casas peul, mencionaré la composición humana y espacial de la sede de la ONG. Allí se dirigen los acogidos antes de ir a vivir a dichas casas. En ella, además de las oficinas de trabajo y administración, hay una sala de acogida en la planta baja. En su interior, alrededor de una mesa central y junto a una pequeña cocina con cafetera y nevera, se desarrollan las entrevistas, o primeros contactos, con el candidato que vivirá en las casas peul. En las entrevistas evalúan si, por las características y expectativas del candidato, la convivencia puede funcionar. Un ejemplo de la selección que llevan a cabo lo constituye la decisión, basada en la experiencia previa, en función de las supuestas consecuencias que puedan conllevar para dicha convivencia el tipo de trastornos y sus síntomas. En esta salita también se suelen reunir los trabajadores de la asociación para tomar un café y conversar al terminar la jornada o durante los descansos. En la planta baja también hay una sala de reunión en la que se llevan a cabo algunas de las actividades de animación sociocultural con los acogidos de las casas peul y Surson. Estas comprenden la proyección de vídeos, la creación y edición de una revista y actividades artísticas como la organización de conciertos con músicos peul (que tienen lugar en otros espacios) o talleres de pintura.

El personal que trabaja en la asociación está compuesto por nueve personas. Tienen un consejo de administración presidido por un etnopsiquiatra,[184] que cuenta con tres miembros con formaciones y orígenes diversos, uno de ellos es peul. El resto de los trabajadores se ocupan de las casas peul y Surson, de la administración de la asociación y de las actividades artísticas y culturales. En ninguno de los casos su formación tiene una vinculación directa con disciplinas profesionales relacionadas con la salud mental, sino que comprende, por ejemplo, la filosofía, la formación como electricista o la enfermería.

184 Lo cual, dicho sea de paso, no deja de ser en cierto modo paradójico.

> Nosotros, hoy en día, no podemos hacer el mismo trabajo que antes, puesto que las estructuras psiquiátricas han cambiado, los asilos se abren, no hablamos más de asilos como hace treinta años... Por desgracia, hay prácticas que son heredadas del antiguo asilo, que se perpetúan. Nosotros, en cuanto que alternativos, nuestro trabajo se funda en la crítica de este trabajo que perdura... [...]. Nuestro deseo es crear una estructura de igual a igual, así que la importancia aquí es que no hay psicólogos, no hay médicos, ni psiquiatras tampoco, para que la escucha de la persona que tiene problemas psíquicos pueda ser neutra...; o sea, que el intercambio pueda ser igual. Esta es la práctica *alterpsiquiatra* en este momento, un poco por toda Europa; es intentar tener un intercambio con el usuario que ponga en paréntesis la enfermedad mental, de ahí viene la idea de intercambio de igual a igual. (Entrevista personal a Aurelie, responsable de la acogida y comunicación, 2006)

Además de las actividades mencionadas, con respecto al funcionamiento de la asociación, sus miembros llevan a cabo campañas de información y sensibilización acerca de la discriminación a las personas que sufren problemas de tipo mental y el cuestionamiento del poder de la psiquiatría y su papel social.[185] Estas se realizan a través de una emisora de radio y de la organización de encuentros y charlas con ponentes de ámbitos diversos, como el asociativo o académico, que tienen lugar en Bruselas.

4. Origen y características de las casas de acogida peul

Como ya se ha comentado, hay dos casas de acogida peul: Vivier y Geef. La primera fue creada en la comuna de Ixelles en 1989; la segunda, en Schaerbeek en el año 2000. Aunque tienen algunos elementos distintos en su estructura y organización, ambas siguen el mismo modelo comunitario e intercultural de ayuda mutua. L'autre «lieu» asesora a los inquilinos peul en los trámites que seguir para la gestión de su demanda de asilo político y regularización administrativa. Al mismo tiempo, estos *acogen* a personas con dolencias psíquicas que viven con ellos en las casas.

Tanto en Vivier como en Geef, las personas que acogen son casi todas peul, de origen mauritano y refugiados políticos. En ocasiones hay alguna persona de otra región del África subsahariana, siempre de religión musulmana; es el caso de B., que vive allí desde hace siete años, originario del

185 Discutido con anterioridad en el apartado correspondiente a la génesis de la corriente antipsiquiátrica.

Níger. También residen peuls de origen senegalés. Las personas acogidas son belgas en su mayoría —en el período en el que realicé el trabajo de campo (2006-2007)—. En alguna ocasión puntual, residieron personas de origen marroquí u otros países subsaharianos. Los acogidos padecen dolencias de tipo psíquico o relacional y han acudido a la asociación para encontrar un lugar de acogida y vivienda.

Las trayectorias vitales de los inquilinos de origen peul o belga son muy variadas. Los acogidos belgas provienen de clases sociales muy diversas, hay un número elevado de personas de clase media-alta[186]. En lo referente a los peul, hay desde personas que no saben escribir hasta otros con estudios universitarios; y sus profesiones también son variadas: pastores, oficiales del ejército, maestros de escuela, etc. Según los testimonios recogidos de algunos inquilinos de origen peul, uno de los motivos centrales por los que emprenden el proyecto migratorio y llegan a Bélgica es el hecho de que, sobre todo en Mauritania,[187] son perseguidos y encarcelados por otras etnias que no están interesadas en que lleguen al poder político. Al parecer, las elecciones de marzo del 2007 han sido las primeras en las que se pudieron presentar candidatos de origen peul.

Los acogidos han vivido trayectorias terapéuticas muy diferentes, algunos con períodos largos de hospitalización psiquiátrica. Hay que señalar que el trastorno psíquico, en el período en el que conviven en estas casas, es lo suficientemente moderado como para permitir dicha convivencia. Este criterio se establece en una evaluación previa en la cual se dilucida la incidencia de la manifestación de la problemática, esto es: el tipo de síntomas, su grado y, en el particular del consumo de drogas, otras conductas que puedan influir en la relación de convivencia en las casas peul. La duración de su estancia varía mucho, algunas personas residen unos meses y otros permanecen durante años. No existe un límite o condición impuesta por la asociación; de hecho, se da el caso de un señor belga de 74 años que lleva 10 residiendo en la casa *Geef* y manifiesta querer quedarse a vivir allí para siempre. Cuando deciden cambiar de domicilio y dejar las casas *Vivier* o *Geef*, algunos permanecen en contacto con la asociación,

186 Para esta estimación se ha considerado el nivel adquisitivo y de estudios de sus padres (abogados, notarios, etc).

187 Como he podido recoger en el trabajo de campo, en Senegal la situación con respecto a sus derechos y libertades es diferente al existir una mayor participación electoral de los representantes de diferentes etnias, lo cual incluye a los peuls, en comparación con Mauritania.

por medio de las actividades culturales mencionadas, y con sus antiguos compañeros peul de piso. Otros se han instalado en las inmediaciones de la casa peul en la que vivieron.

> Hay usuarios que han tomado el hábito de vivir solos en un apartamento; es el caso de M., un usuario muy joven (26 años) que ha tenido verdaderamente un recorrido psiquiátrico muy fuerte..., muchos medicamentos... Poco a poco, él ha conocido L'autre «lieu» y se ha quedado 4 años, después ha decidido continuar los estudios en Saint Lucas y ha comprado un apartamento cerca del Vivier, de la casa peul; pero vive solo, hace sus estudios y reencuentra una trayectoria totalmente normal... (Entrevista personal a Aurelie, 2006)

En cuanto a las edades y el género de los acogidos en ambas casas, el más joven tiene 26 años y el más anciano es el inquilino de 74 años; siendo el número de hombres y mujeres equivalente. Las edades de los inquilinos peuls son variadas; sin embargo, se concentran principalmente entre 20 y 35 años; son todos hombres. Así como los acogidos entran primero en contacto con la asociación, los peuls que acogen se encuentran en el seno de la comunidad mauritana en Bélgica, o bien se ponen en contacto con ella al llegar. Su tiempo de residencia en las casas es muy variable y predomina, a excepción de algunos miembros, como se verá después, la movilidad en muchos de sus componentes, tras un período de 3 a 8 meses de media, entre países como Francia, Bélgica y Holanda. Según he podido documentar, existen dos factores explicativos de esta conducta: por un lado, el cultural, que remite a la habitual práctica del nomadismo de la etnia peul; por otro, el estructural y político, que remite a los problemas económicos y legales con los que se encuentran en los países de destino por su estatus de indocumentados.

Los inquilinos peul y los acogidos belgas, y de otras nacionalidades, son personas que viven en situaciones de ruptura social y cuyos ingresos no sobrepasan los topes del artículo 3 de la Ley del 16 de julio de 1992. Los que acogen (al tener un estatus diferente como candidatos a refugiados políticos o clandestinos regularizados) disponen, o bien del ingreso mínimo de inserción social, o de una ayuda social, en el marco del artículo 6, por parte de un CPAS (Centro Público de Ayuda Social).[188] Los acogidos, personas que han tenido a menudo graves problemas sociales o relaciona-

188 Si consiguen la ayuda del CPAS (mínimo 600 €), no solo viven con ello y ayudan a los que no tienen recursos económicos, sino que muchos también envían una transferencia cada mes a sus mujeres e hijos, que viven en Mauritania.

les, cobran la mayor parte el ingreso mínimo de inserción social. Ambos pagan un precio a la asociación, muy por debajo de la media del alquiler en la zona, por el alojamiento en las casas.

Además de los inquilinos que acogen, según he podido observar, hay otras muchas personas de origen peul, mauritanas o senegalesas, que frecuentan la casa. Acuden una mañana o una tarde desde otros barrios de Bruselas para poder encontrar a amigos y compañeros, así como con el fin de tener la posibilidad de hablar su lengua materna (el pula) o de practicar sus ceremonias religiosas, recreando así un tejido de relaciones sociales de tipo transnacional. Las casas peul son un punto de referencia tanto para los que llegan a Bélgica, ya que constituyen un lugar de encuentro con la comunidad peul en Bruselas, como para los que se han mudado a otras casas en la ciudad y permanecen en contacto (en las cenas y fiestas) con sus antiguos compañeros de piso.

4.1 La casa Vivier

La casa Vivier se sitúa en la comuna de Ixelles. Esta comuna está formada por diversos barrios que varían en su composición: se pueden encontrar desde áreas estudiantiles cercanas a la Universidad Libre de Bruselas hasta el denominado barrio africano de Matongue. Por lo general, sus habitantes son de clase media, si bien existe una gran mezcla de orígenes socioculturales en su población.[189]

Con respecto al número de sus habitantes, aproximadamente hay una veintena de personas que acogen, todo hombres; ocho son fijas. El número de acogidos es de tres personas y pueden ser tanto hombres como mujeres. En cuanto a la estructura en el interior del Vivier, cabe señalar que los inquilinos peul que hacen de intermediarios (entre el seno de la casa y la ONG) son los más ancianos o los que llevan más tiempo viviendo en ella. Desde su creación, ha acogido a más de 200 personas en situación de sufrimiento psíquico. En la comunidad peul no hay reglas de acogida; todo se deja a la espontaneidad de los peuls que acogen (Dubois, 2005).

189 Por ejemplo, se dan procesos de gentrificación en algunas de sus zonas antiguamente más populares, como Matongue. Para conocer los servicios de salud mental públicos en el barrio y los estadísticas sociodemográficas, ver COCOF (2014).

4.2 La casa Geefs

La comuna en la que se encuentra Geefs, Schaerbeek,[190] es en la actualidad la segunda más poblada de Bruselas capital. Con excepción de algunos barrios, está compuesta mayoritariamente por una clase obrera de orígenes culturales diversos, entre los que destacan el turco y el marroquí. Alrededor del 20 % de la población es de origen extranjero.

Aparte de la ubicación, todo lo dicho con respecto a la casa Vivier se puede aplicar a esta, la diferencia principal se encuentra en la composición de la comunidad de acogida: mientras que en Vivier todos son hombres que viven sin mujeres y sin niños (porque estos están en el país de origen), en Geef el centro de la comunidad de acogida es una familia. Esta familia también es mauritana y está encabezada por uno de los antiguos inquilinos de Vivier que obtuvo la regularización de sus papeles. La familia se ocupa de mediar en los aspectos relativos a la convivencia entre aquellas personas que viven en la casa. Además de la familia, en el período 2006-2007, durante mi trabajo de campo, la comunidad contaba con tres personas peul y dos acogidos belgas.

5. Espacio, género y jerarquía en las casas peul

La estructura espacial y el uso del espacio en la casas Vivier y Geefs son semejantes. Las habitaciones de los acogidos son individuales, los peuls duermen en habitaciones compartidas, algunos tienen sus camas en el salón. La cocina, el cuarto de baño y el salón son comunes. El salón es el lugar de encuentro principal, en él hay una alfombra (todos los que entran se quitan los zapatos) y unos sofás alrededor en círculo. La televisión está en un rincón a la entrada, casi siempre encendida y con un volumen bajo. Junto a una antigua chimenea que ya no se utiliza hay una pequeña cocina en la que preparan el té, siempre presente en las reuniones. Mientras conversan, algunos peuls se dirigen, de vez en cuando, a uno de los lados de

190 Las comunas en Bruselas, y en Bélgica, cuentan con una notable independencia política, ya que tienen alcaldías diferentes. Es interesante comentar que, a finales de los setenta y durante los ochenta, Schaerbeek tuvo un Gobierno de derechas que se inclinó hacia posturas xenófobas. Su alcalde, Roger Nols, llegó a invitar a Jean-Marie Le Pen, líder del Frente Nacional en Francia, y a prohibir la inscripción de inmigrantes a la comuna, las clases de religión musulmana y los carteles de las tiendas en lenguas distintas del francés y neerlandés.

la alfombra, que corresponde con la orientación hacia la Meca, para rezar. Cuando es el momento del rezo común, dejan lo que están haciendo y se dedican a la oración en varias filas en el mismo lugar.

En principio no hay ninguna jerarquización en los lugares en los que suelen sentarse. Los belgas acogidos y los inquilinos peuls hacen uso de un espacio no codificado por normas, aparte de cuestiones del día a día que puedan atañer al respeto a la diversidad de hábitos, códigos y conductas. La única prohibición estricta en la convivencia, que guarda relación con el universo cultural de origen de los peuls, es que no se permite que haya gatos o perros en los lugares comunes o privados de la casa. Por lo demás, los acogidos no están obligados a participar en los aspectos de la vida de la comunidad peul, que se desarrollan fundamentalmente en el salón, como las comidas comunes.

Como se ha mencionado anteriormente, los inquilinos que acogen en Vivier son todos hombres. Sucede de igual modo en Geefs, a excepción de la familia, cabeza de la acogida, en la que hay mujeres. Esto se debe a cuestiones ligadas a la consistencia del grupo, así como a requisitos en la distribución espacial y la convivencia. En ocasiones, cuando hay mujeres entre los acogidos, lo cual es habitual, algunas se quejan, ya que se ven apartadas de la comunidad (de hombres). A decir de la coordinadora de las casas peul (quien a su vez es de origen peul), si existiese otra distribución y disponibilidad del espacio (por ejemplo, varios salones), las mujeres peuls podrían estar allí y desempeñarían su rol.[191]

Las casas tienen un funcionamiento diferenciado en el orden jerárquico de toma de decisiones, así como en la mediación en la convivencia y con los representantes de la asociación: en Geefs se ocupa de esta función la familia (que a su vez lleva a cabo la acogida) y, en particular, con más frecuencia, las mujeres de mayor edad del núcleo familiar. En Vivier, son los hombres más ancianos y los que llevan más tiempo en la casa quienes desempeñan esta labor. Estas tareas operan en dos ámbitos: el de los miembros de la comunidad peul, para los que estas personas tienen un peso determinante en la toma de decisiones concernientes a la vida colectiva, y el de la convivencia con los acogidos. Como se mencionó, la primera selección de los acogidos que vivirán en las casas peul la llevan a cabo

191 Cabe recordar que la mayor parte de los migrantes de origen peul en Bélgica son hombres que han dejado a su mujer, o mujeres, e hijos en su país de origen. Sin embargo, hay un porcentaje considerable de mujeres que también emigran.

los trabajadores de la asociación; sin embargo, posteriormente, la labor de representación de la comunidad peul recae en los actores mencionados, lo cual implica que son portavoces de los conflictos acaecidos en la convivencia entre peuls y acogidos.

6. Gramáticas de la alteridad y dinámicas interculturales en las casas peul

La narrativa fundacional del proyecto de las casas peul que sostienen los miembros de la asociación es que la comunidad peul vehicula una serie de valores, propios de su cultura de origen, que sirven de apoyo psicosocial, en la convivencia, a la persona que sufre dolencias psíquicas. Esta narrativa es representativa, como instrumento para la consecución de un fin, del esquema inaugural de la relación dialéctica entre sus praxis, de tipo intercultural, y el modelo hegemónico de la psiquiatría biomédica. Ello sucede a través de la relativización (en forma de cuestionamiento del poder y sus modalidades ideológicas y operativas de legitimación universalista) de la cultura biomédica dominante en esta disciplina, proponiendo eficacias curativas bajo un proyecto que produce, y sedimenta, un sistema de relaciones sociales alternativo. Para ello, apela a una clase de esencialismo estratégico (Spivak, 1987) a través de gramáticas de la alteridad.

Las gramáticas de la alteridad, planteadas por Baumann y Gingrich (2004), proponen tres formas de definir la alteridad/identidad por medio de un enfoque estructuralista; aquí me referiré a la categoría *orientalista*, que se establece en términos de carencia desde el *nosotros* o los *otros*. Según mi observación de campo, la comunidad peul de las casas Vivier y Geefs vehicula valores, denominados *de tipo tradicional* por los miembros de la asociación, como la solidaridad, la inclusión y el respeto a la diferencia. Teniendo en cuenta esto, ¿por qué se da esta conducta y perdura, sedimentada, mientras se habita las casas? Para no pretender entenderla como invariable y mistificarla, ni reducir la diversidad de trayectorias y sensibilidades de los peuls con respecto al padecimiento mental, también cabe preguntarse ¿por qué un fenómeno como el padecimiento mental, percibido por los migrantes entrevistados en otros contextos como una amenaza durante su proyecto y periplo migratorio,[192] se gestiona de forma resolutiva y se considera como no problemático?

192 Los testimonios recogidos en Bélgica y España apuntan (ver Muñoz, 2010) a las connotaciones negativas que con frecuencia adquiere el padecimiento mental en términos de

Para explorar la producción de sujetos y colectivos alterizados, hay que tener en cuenta, como mencionan diversos autores —para diferentes aproximaciones, ver Okamura (1981) o Taussig (1993)—, la trama de situaciones, relaciones y contextos que los definen. En este caso, los factores socioeconómicos e intersubjetivos cristalizan esta relación de ayuda mutua a través de los valores instituidos en las casas; de esta manera, reformulan la otredad del exilio político y la significación étnica-cultural diferenciada en defensa de la lucha contra la enajenación provocada por la discriminación social del sujeto que padece sufrimiento mental. Esto sucede en un contexto histórico muy distinto al de décadas pasadas, como en los años ochenta en Bruselas, en el que muchas personas acogían en su casa a otras con padecimiento psíquico.

> Aunque no parezca, hay mucha discriminación..., la gente tiene miedo a la agitación, a ser molestada en su vida..., así que a nivel de la salud mental es un desierto en el sentido en el que al loco hay que ponerle de lado... y de más en más...; mientras que hace diez años había cosas que eran posibles y ahora no..., como, por ejemplo, la gente..., acoger en sus casas. Ahora ya no es posible... un loco en mi casa..., para nada. Antes, en los años setenta/ochenta, acogían y ya está...; se podría decir que era positivo acoger a alguien... en el movimiento que había: «¡Ah!, yo tengo a alguien». Mientras que, ahora: «¡Ah!, yo tengo a alguien» y dirán: «Pero tú... ¿no estás bien o qué...? (Manuel, responsable de las reuniones mensuales con los peuls y del mantenimiento técnico de las casas de acogida. Entrevista personal, 2006)

La sedimentación de la práctica de los valores de solidaridad grupal y ayuda mutua, en la convivencia de las casas peul está vinculada con los siguientes factores: 1) la mediación de esta asociación y de su comunidad frente al conflicto y su prevención en la convivencia en las casas peul; 2) las dinámicas que se establecen entre las personas que conviven allí; 3) las condiciones de cierta estabilidad que proporciona la ayuda económica y jurídica para el proceso de petición de asilo político a los inquilinos peul, así como el elemento contractual que compromete, a cambio del alojamiento, a la práctica de dar acogida a las personas belgas o de otras nacionalidades que sufren padecimiento mental, y 4) un grado de compensación en la manifestación del padecimiento de los acogidos belgas que permita la convivencia comunitaria.

---

exclusión y sufrimiento en los contextos en los que viven, y a la importancia de la salud como su capital principal.

Si la FCCP produce una narrativa individualista robinsoniana interpelada por la perspectiva etnográfica y la praxis etnopsiquiátrica apela a la necesidad de la alteridad desde la voz de colectivos experimentales en la diversidad cultural, el nómada Quijote y su compañero antagonista, Sancho; en cambio, la praxis que aquí nos ocupa diluye la pluma instituida y apunta a otra escritura, sobre otro soporte y contra un formato registrado por las disciplinas académicas.

Esta gramática, no exenta de agendas, mediaciones de sujetos y programas organizacionales, está escrita contradisciplinariamente y, a diferencia de las anteriores, promueve la producción de biografías desinstitucionalizadas a partir de la vindicación de un colectivo *alter* exiliado, acompañante y cuidador frente al individuo autóctono escindido, discriminado y doliente. Su parangón literario ya no es el héroe solitario creador de mundos, como Robinson Crusoe, ni el Quijote acompañado por Sancho en su rebelde pero incierto deambular; sino que se inscribe en la palabra hablada: sus héroes tienen voz desde otras lenguas y su nomadismo, aún en territorios de otredad impuestos por el exilio, apunta a no ser un problema, sino más bien parte de la solución.

6.1 La mediación de la asociación en la vida comunitaria de las casas peul

La asociación L'Autre «lieu» establece un contrato oral con los peuls para que presten cierta atención a los acogidos. El contrato tiene un carácter más simbólico que pragmático, ya que los peuls, según pude observar, no se inmiscuyen en la vida de los acogidos haciéndoles partícipes de la vida comunitaria, al igual que sucede con cualquier persona que esté en la casa o la visite, si estos lo demandan. Así pues, no existe obligación de convivir alrededor de actividades definidas. En ocasiones puntuales, los peuls y los acogidos comunican a algún miembro de la asociación, por lo general a los que acuden a las casas y con los que tienen más confianza, ciertos problemas que hayan podido surgir en la convivencia.

El compromiso por parte de los acogidos es seguir una serie de normas de vida en común que se irán negociando en el día a día, puesto que no existe un reglamento propiamente dicho de orden interno. En lo relativo al papel que desempeña la asociación, cabe mencionar que, en línea con su aproximación antipsiquiátrica crítica con la división entre saber

experto y profano, no hay un encuadramiento terapéutico como tal. No obstante, algunos de sus trabajadores llevan a cabo un acompañamiento, el cual puede ser de dos tipos:

1) Acompañamiento colectivo: Son principalmente reuniones en comunidad que se desarrollan una vez al mes con todos los inquilinos peuls y acogidos, y en las que se discute sobre aspectos de la convivencia y de la gestión colectiva del alquiler. En este marco, la asociación acompaña a los peuls en diversos trámites administrativos relativos a la regularización de su residencia en Bélgica: la petición de asilo político, la búsqueda de un empleo o la organización de eventos culturales, como conciertos.

2) Acompañamiento individual: Consiste en una reunión, una vez al mes, con cada uno de los acogidos. En ella se tratan temas como el padecimiento, los proyectos personales o las formaciones profesionales que pueden seguir.

La gestión del transcurso de la convivencia, llevada a cabo, principalmente, por la comunidad peul y en la que interviene la asociación con los dos tipos de acompañamientos, en ocasiones puede implicar la intervención de la asociación para tomar una medida contundente en beneficio del proyecto común:

> A veces no funciona. Ahora acabamos de tener un caso de alguien que hemos tenido que echar fuera porque robaba, tomaba muchas drogas, no se hacía curar por su psiquiatra, invitaba a mucha gente a su casa, gente que... no tenía nada que ver con la comunidad; así que todo el mundo tenía miedo, los otros usuarios tenían mucho miedo de esta persona, así que hemos tenido que parar; y hacía siete años que estaba en la casa. Fue este martes y, desafortunadamente, no ha encontrado nada, así que está en las Urgencias por el momento. Aparentemente va a volver al hospital, porque no va bien... A veces hay fracasos..., es normal, pero en la mayor parte de los casos funciona bien... Lo importante con el proyecto peul en concreto es el intercambio de solidaridad que los peuls vehiculan a través de su cultura.... (Entrevista personal a Aurelie, 2006. Traducción propia)

Si bien hay excepciones como la anterior, en una situación en que todo el proyecto se pone en peligro por una persona, la drástica intervención de la asociación no suele ser habitual. También es preciso mencionar, como se muestra en la narrativa, la llamada a la colaboración de los acogidos con terapeutas externos a la asociación. En este sentido, L'Autre «lieu» promueve el pluralismo asistencial, dentro del cual se inserta el hecho de

que los acogidos reciban un seguimiento individual terapéutico por parte de profesionales de la salud mental, o bien continúen con él.

En mi opinión, se asiste a una postura paradójica por parte de la asociación en la cual, pese a cuestionar el ejercicio de la psiquiatría biomédica y sus prácticas de poder, se somete al influjo de producción de legitimaciones que esta ostenta, como modelo de atención hegemónico, atribuyendo en algunos casos como el mencionado, el buen o mal acompañamiento y el éxito o fracaso de la convivencia a la variable de la medicalización del acogido. Esta cuestión sitúa el trabajo de la asociación como coadyuvante en la mejoría del padecimiento de la persona, dependiendo, al mismo tiempo, de aquello que cuestiona, como sucede con ciertos procesos de medicalización. A su favor cabe señalar que su crítica se centra principalmente en los aspectos coercitivos de la medicalización, pero no tanto en los efectos positivos de la toma de medicamentos.

Para profundizar en ello y complejizar su perspectiva contradisciplinaria y relativizadora de la cultura biomédica hegemónica, seguiremos describiendo algunas de las características de su apuesta innovadora, que en algunos casos produce eficacias curativas. En particular, como he podido constatar en mi trabajo de campo, los acogidos (belgas o extranjeros) e inquilinos peuls negocian espontáneamente, en el día a día, intercambios de representaciones diversas, como las que se refieren a la salud y la enfermedad, y maneras de entender la convivencia. Veremos a continuación algunas de sus especificidades y alcances.

6.2 La curación profana: intercambios y procesos interculturales

Para abordar esta cuestión es necesario diferenciar, por una parte, los factores que intervienen en las representaciones del proceso s-e-a/p de los inquilinos, con respecto a su comunidad de origen (mauritana o senegalesa) peul; por otra, aquellos procesos incidentes en la eficacia curativa que se manifiestan en el intercambio de sensibilidades e interpretaciones de dicho proceso durante la convivencia con los acogidos de procedencia belga.

6.2.1 Formas de prevenir y curar la enfermedad en la comunidad peul

En el trabajo de campo he podido observar que los inquilinos peuls, si bien pertenecen a una misma cultura de origen con cosmovisiones compartidas, no permanecen inexorablemente anclados a ella, sino que existe una diversidad de sensibilidades y puntos de vista entre ellos acerca de la enfermedad mental. No obstante, los universos explicativos, nosológicos y etiológicos, a los que atribuir un comportamiento, dolencia o sintomatología (sobre todo referido, desde un punto de vista *etic*, a la salud mental) difieren por lo general de los universos biomédicos occidentales.

Esto no quiere decir que no valoren o convivan con la cultura biomédica occidental, ya que acuden a ella cuando lo creen necesario; si no que, en esta hibridación y convivencia entre modelos explicativos, ciertas representaciones no biomédicas (provenientes de sus universos culturales de origen, pero también de destino y tránsito) prevalecen en algunos casos frente a otras de tipo alópata. De igual forma sucede con su manera de llevar a cabo acciones de tipo preventivo, curativo o paliativo relacionadas con el disfrute de la salud y la lucha contra el padecimiento psicológico.[193] Es preciso comentar que estas se inscriben, por lo general, según lo observado, en una concepción de la salud y la enfermedad que está ligada a la religión y su práctica.

Los inquilinos peuls reciben de manera informal, pero con cierta asiduidad, la visita de un terapeuta tradicional peul, llamado *marabú* o *cheikh* para el mundo musulmán o *bileedio*, término de inspiración animista (Dia, 2008), que puede quedarse de 8 a 15 días con ellos en las casas. Suele tratarse de un conocido o amigo que acude a visitarlos, reputado en sus conocimientos coránicos y terapéuticos. Su actuación como terapeuta no incluye a los acogidos, sino que se ciñe a los inquilinos africanos musulmanes que lo requieran. Su papel suele ser el de un hombre de religión que guía la oración en la comunidad en algunos momentos destacables como, por ejemplo, la llegada de África (u otro lugar) a la casa, o bien la partida de alguien. Del mismo modo, como actor al que se le atribuye una especial legitimidad y respeto, durante su estancia puede ser consultado y aconsejar a título individual sobre diversos asuntos y problemas; entre otros, problemas de salud.

193 Se entiende que las denomino psicológicas desde un punto de vista *etic*.

Sin embargo, esta persona, como sucede con algunos imanes y figuras religiosas del mundo musulmán en Mauritania, se desvincula de todo lo que pueda albergar un eco animista o pagano. De este modo, por lo que he podido deducir del discurso de los inquilinos peuls, ciertas prácticas de herboristería usadas por los terapeutas tradicionales en Mauritania u otros remedios o prácticas de origen preislámico (de la llamada *medicina popular animista*, pero frecuentemente sincretizados) a menudo no son considerados como legítimos por estos terapeutas.

De forma análoga sucede, tal y como menciona Al Houssein Dia (2008), con los tradipracticantes o los terapeutas tradicionales en Mauritania que utilizan remedios de fitoterapia o incluso manipulaciones de tipo operatorio sin recurrir al Corán, sino a la tradición oral, la experiencia personal o a antiguos manuscritos inspirados en la teoría de los humores. La profunda implantación del islam provoca que de forma progresiva la legitimidad terapéutica esté, cada vez más, mediada por la capacidad de recurrir de una manera u otra al Corán y a las fórmulas coránicas escritas o recitadas, o al nombre de Alá o del profeta. En el caso de los contextos migratorios de destino como Bruselas, sucede muy a menudo que la fuerte presencia de cierta práctica del islam, en este caso en la comunidad peul mauritana, tiene el efecto de concentrar las funciones terapéuticas y las figuras de los terapeutas tradicionales en torno al campo predominante de la religión y el Corán.[194]

Por lo que he podido observar acerca de las prácticas de dichos terapeutas en las casas peul, su aproximación está ligada al rezo y a la curación por medio de la palabra en este contexto religioso. Esto se articula con la importancia, de tipo curativo o profiláctico/preventivo, de la palabra y la exultación verbal en esta comunidad y en el marco más amplio del África subsahariana. Según Thomas y Luneau (1980), la exultación verbal constituye la válvula de seguridad más típicamente africana. Uno de los elementos que destacar, tanto en relación con la cura como con la prevención, es el poder de la palabra. Así, existen actos de denominación que permiten identificar al agente etiológico del padecer, o bien palabras terapéuticas que son la suma del discurso pronunciado a partir de las ceremonias de

194 Similar es el caso de los imanes de origen marroquí que monopolizan gran parte de la función terapéutica en Bruselas y denostan otras figuras y prácticas curativas que en Marruecos son comunes.

terapias colectivas, lo cual constituye una forma eficaz de resolver las tensiones y de volver público lo que era privado.

Cabe señalar que muchos de los peuls que viven en estas casas han acudido a colegios coránicos y tienen conocimientos del Corán y de sus prescripciones, así como de su interpretación cultural más común, en materia de prevención o curación de ciertas dolencias. Por otro lado, como ya mencioné, también acuden a la medicina occidental biomédica cuando lo consideran necesario, sobre todo en los cuidados de tipo somático.

6.2.2 Eficacias curativas en la convivencia intercultural: el caso de F. en Vivier

La opinión mayoritaria con respecto a lo que se puede considerar acto terapéutico, y sus modalidades operativas, sostiene que este, circunscrito al sistema médico que proporciona los recursos necesarios para dar respuesta al padecimiento y restablecer la salud, es eminentemente técnico y lo lleva a cabo un especialista que varía según la sociedad y los contextos; por lo que puede abarcar desde los denominados terapeutas tradicionales en una comunidad rural africana hasta los ciberterapeutas que operan en el espacio difuso de internet, por ejemplo. La consideración del acto terapéutico guarda relación con la concepción de enfermedad que pueda predominar en el marco cultural del sistema médico, como sucede en el modelo biomédico al considerar a la enfermedad como antípoda de la salud observada por medio de signos y síntomas frente a una perspectiva basada, por ejemplo, en el sentido y el valor. Lo cual tiene también implicaciones en el tipo de intervención terapéutica (por ejemplo exógena o endógena) y en las características del acompañamiento (ver Lapantine, 1999 (1965).

Me referiré aquí a *acto curativo*, de modo que lo circunscribo a la dimensión de análisis que se refiere a la posible ausencia de un marco profesional de desarrollo (intencional o no), con lo que lo pueden llevar a cabo actores profanos. En este sentido, el acto curativo opera en un marco de cuidados comunitarios no profesionales llevados a cabo por la convivencia de tipo intercultural y la mediación de la asociación mediante prácticas de acompañamiento.

Los cuidados no profesionales o legos, según Haro (2000), se definen por no ser cuidados biomédicos o alternativos y por poder tener influen-

cias de la biomedicina, aunque son tributarios de la cultura popular y no hegemónica. Los cuidados no profesionales, proporcionados por actores de una red de apoyo, han sido estudiados respecto a problemas de salud diversos como, por ejemplo, el VIH (Muñoz, 2018*b*) o la salud mental (van der Geest, 2011). Pueden tener una dimensión preventiva, curativa o de control de un problema de salud, por ejemplo, por medio de prácticas de integración en la comunidad: comidas comunitarias, la conversación y sus dinámicas afectivas o de reconocimiento y no estigmatización. Pueden centrarse en cuidados somáticos específicos o psicológicos y relacionales, y dirigirse a una persona directamente o incidir en el bienestar a partir de la acción sobre otros actores; por ejemplo, la pareja.

El género, la clase social, la generación o la etnicidad del cuidador y del receptor de cuidados media en su tipología, así como las características del padecimiento, su curso (presencia o ausencia de la sintomaticidad), la representación social sobre su curabilidad/cronicidad o, como en este caso, la mediación de otros actores o colectivos en el marco sociocultural de puesta en práctica de los cuidados. Por lo general, como prácticas que se establecen a partir de relaciones sociales previas, intragrupales o extragrupales, pueden vincularse a procesos de discriminación u otras violencias, o incluso complementarlos (Muñoz, 2018*b*).

Una de las premisas relacionales que operan en la eficacia curativa, sedimentada en las dinámicas de las casas peul por la asociación, es la concepción de que, en la mayoría de las personas que sufren algún trastorno psíquico, este se genera o se acentúa con el aislamiento social y/o comunicativo del resto de la comunidad o de las personas. A este respecto, las sociedades occidentales y el individualismo que en ellas predomina como valor principal, junto con otras dinámicas de tipo principalmente psicosocial y económico (ver la discusión sobre la cartografía espacial, en las ciudades, de las enfermedades mentales de Bastide, 1968), pueden provocar la tendencia de que algunas personas se encuentren solas y aisladas, especialmente en ciertos ámbitos urbanos.

Por otra parte, se evidencia la situación imperante de estigmatización, alterización y rechazo por parte de la sociedad de los trastornos psíquicos, así como la consiguiente intervención terapéutica, fruto de una previa estructuración como objeto de conocimiento e intervención, para su normalización en un cuadro profesional y técnico en el que están departamentados trastornos, profesionales y espacios para la rehabilitación del padecer, entendido como antítesis de la salud. Dicho posicionamiento

teórico-práctico de L'Autre «lieu» acontece desde la adscripción a la corriente antipsiquiátrica de Basaglia, la cual defiende que es necesario poner entre paréntesis la enfermedad mental y analizar cuál es la función sociopolítica de la psiquiatría, y sus técnicos, como instrumento de gobierno de los cuerpos y garante del orden reproductor de la estratificación social.

Los inquilinos peuls y sus sensibilidades y valores a la hora de percibir y gestionar la convivencia se inscriben en la línea de los cuidados comunitarios de dicha corriente. De este modo, las personas de la comunidad peul, en el contexto observado de las casas de acogida, no aceptan dejar sola y apartada del grupo a una persona que sufre una dolencia psíquica o física y que demanda compañía y apoyo. Además de los peuls, las personas acogidas de nacionalidad belga con las que pude conversar también lo percibían de este modo. Según he podido documentar a través del discurso de los entrevistados peuls y los trabajadores de la asociación, las actitudes insolidarias son fuertemente sancionadas. Por insolidarias se entiende aquellas que buscan un lucro individual no redistributivo y que no se preocupan del conjunto de la comunidad, lo cual incluye procesos como la aflicción de alguno de sus miembros.

Esta concepción de las relaciones humanas, *ethos* de la convivencia en el seno del grupo, y de la salud y la enfermedad es el elemento central que cristaliza la potencial eficacia curativa de la relación entre inquilinos peuls y acogidos belgas. Se trata de un elemento estructurado y estructurador de prácticas que, en la espontaneidad de la convivencia articulada alrededor de las normas sociales que produce, incide beneficiosamente, con distintas intensidades, en el día a día de las personas acogidas que sufren padecimiento psíquico.

El caso de F., acaecido varios años antes de mi estancia en la asociación, es un ejemplo del potencial curativo de la convivencia y del espontáneo intercambio entre interpretaciones y modelos explicativos de la salud y la enfermedad.[195] F. era una mujer joven, de menos de 30 años y origen belga, que fue acogida en la casa Vivier. Al igual que otros inquilinos, llegó a la casa peul tras una fuerte trayectoria médica y psiquiátrica, pero sin hallar una solución a su dolencia. Su malestar principal provenía

195 Con el fin de verificar este caso, contrasté la información entre varias fuentes en el proceso del trabajo de campo. Comprobé su veracidad, al menos hasta donde me fue posible, con segundos informantes y observé que su inserción en el discurso corporativo de la asociación era uno de los ejemplos constatables de eficacia curativa.

del hecho de escuchar voces y de la angustia que ello le provocaba. Según el *DSM-IV*, escuchar voces que no existen es uno de los síntomas más característicos en el diagnóstico de la psicosis.

Una tarde, F., mientras cenaba con un compañero de piso peul, decidió contarle que escuchaba voces y que eso la angustiaba. Esperando una reacción de rechazo, como ya le había sucedido en otras ocasiones al mencionar el tema (motivo por el cual en la casa no lo había hecho hasta ese momento), el chico peul comenzó a sonreír. Para su sorpresa, habló con total naturalidad de la cuestión y le explicó que eso no debía angustiarla, ya que, en su cultura, en algún momento de la vida, le pasaba a casi todo el mundo; los peuls llaman a este fenómeno *la enfermedad del viento*.[196] Su causa, le mencionó, se atribuye a los ancestros que tratan de comunicarse con las personas a través de dichas voces. A raíz de esa conversación y de la integración de su angustioso secreto en la convivencia cotidiana, sin ser estigmatizada, no solo comenzó a sentirse más aliviada, sino que incluso dejó de escuchar voces.

7. La alterización como contrapoder: cuidado comunitario y biografías desinstitucionalizadas

El modelo que he denominado *antipsiquiátrico intercultural* está representado, como único caso existente en la actualidad, por las praxis del proyecto de las casas peul en la asociación L'Autre «lieu». Su especificidad reside en la mayor relativización de la cultura biomédica hegemónica, en comparación con las otras dos praxis y modelos analizados, y en sus divisiones inaugurales y asimétricas como saber profano/experto o la concepción biológica, individualizante y técnica del padecimiento y su curación. De esta manera promueve espacios de encuentro, intercambio y escucha horizontal, no jerarquizada, entre diversas narrativas del proceso s-e-a/p.

Estos espacios ayudan a solventar algunos de los problemas de las exclusiones relativas al padecer psicológico de los inquilinos belgas (y

196 Durante mi trabajo de campo en Madrid, conocí a una terapeuta italiana que nació en Trieste, una de las ciudades emblemáticas para el movimiento de la psiquiatría democrática italiana de Franco Basaglia, y me mencionó que la gente de la ciudad pensaba que había muchos locos en la calle y que eso, obviando la historia del movimiento o reactualizándola en una suerte de versión *atmosférica* desde mi interpretación, tenía que ver con el fuerte viento que había casi todo el año, el cual, al entrar en los oídos, podía producir la locura.

de otras nacionalidades) y al disfrute de una vivienda digna, así como al acompañamiento de los exiliados peuls en los trámites administrativos. En este sentido, podemos referirnos a una perspectiva de tipo contradisciplinar, ya que emerge desde la crítica a la teoría y praxis disciplinaria hegemónica de la psiquiatría y no se constituye en una disciplina concreta.

A través de una gramática de la alteridad orientalista (Baumann y Gingrich, 2004) y desinstitucionalizada, el proyecto de la asociación L'Autre «lieu» reactualiza y sedimenta la solidaridad y los valores de convivencia en la diversidad que vehiculan los miembros de la sociedad peul en una forma de contrapoder que funciona como agenciamiento colectivo. Estas personas, excluidas por la enajenación del marco jurídico del Estado nación belga en materia migratoria y por su búsqueda de control y expulsión de la población extracomunitaria, acogen la inclusión jurídica de las personas de origen belga y la exclusión a la que estas se ven abocadas por las dinámicas de aislamiento, segregación y psiquiatrización del padecer en las sociedades fuertemente individualistas y medicalizadas, como las centroeuropeas. Esta muestra de vindicación desde la otredad remite a una dimensión política resignificada por el posicionamiento teórico, las características y los alcances de la praxis antipsiquiátrica intercultural de las casas peul. Si en la FCCP y en la etnopsiquiatría hemos analizado cómo los autóctonos curan migrantes, aquí se trata más bien de reescribir una historia en la que son los "otros" quienes lejos de constituir un problema aportan la solución.

EPÍLOGO

La investigación reflejada en este libro ofrece algunas aportaciones y propuestas teóricas y aplicadas y aplicadas en los campos de la salud mental, la diversidad cultural y la migración. Cabe agradecerles a los participantes las valiosas contribuciones que, desde una perspectiva intercultural, realizan en Bélgica y España; sus aportaciones han hecho posible este trabajo. Una de las motivaciones principales para la elaboración de la tesis y del presente libro fue la de describir y analizar las prácticas de dichos profesionales en ambos países, para plantear preguntas y proponer líneas de investigación sociocultural e intervención terapéutica.

Considero que las contribuciones se deben entender como un proceso colectivo, un juicio en un contexto relacional y compartido de coproducción e intercambio de saberes. Corresponden al compromiso y al esfuerzo individual y colectivo que algunas personas, desde un enfoque sociocultural, dedican a la búsqueda de una idea de justicia social en el ámbito de la atención o acompañamiento en salud mental, como es el derecho a una asistencia sanitaria garantista e igualitaria para todos, que valore las trayectorias socioculturales diversas de sus destinatarios.

Las praxis terapéuticas están condicionadas por procesos económicos y políticos de producción, pero a su vez se encuentran siempre sujetas a la acción y al pensamiento de las personas. Esto es, en el sentido de la autonomía defendida por Castoriadis (1999), su naturaleza y sus fronteras pueden ser transformadas a través de procesos como la cultura, entendida como un fenómeno superestructural de legitimación de las formas de producción y reproducción de la sociedad (en este caso, la comunidad biomédica institucional), pero también como un esquema de contrapoder en la acción humana.

Para garantizar el derecho a la atención sanitaria en la diversidad cultural, es preciso problematizar la pretensión universal (cosificada a través de su supuesta escisión de los saberes locales) de sus representaciones y

prácticas con relación a la salud-enfermedad-atención/prevención; el primer paso para conseguirlo es visibilizar y asumir la culturalidad desde la que operan las terapéuticas hegemónicas biomédicas. Situar la cultura histórica y sociopolíticamente, es decir, cartografiar sus límites, porosidades, cronologías y espacios permite considerarla propia del reino de la acción humana, un mundo sensible al cambio en el que su concepción y transformación son algo más que sinónimos.

A continuación, señalo algunas propuestas para mejorar el acceso a al sistema de salud y la atención médica de las personas con trayectorias socioculturales diversas. Estas sugerencias son fruto de los resultados y discusiones de la presente investigación, de las prácticas y sensibilidades de los actores en ella recogidas y de la inspiración que generan para su posible réplica o readaptación. En particular, me referiré al ámbito de las políticas públicas, al de la atención sanitaria y al investigativo.

En el ámbito estatal y legislativo se sugiere:

a) La modificación del real decreto de 1996 de Bélgica, todavía vigente, mediante el planteamiento de otras modalidades de acceso preventivo y curativo factibles para aquellas personas en situación irregular. Asimismo, se propone la reestructuración de los centros públicos de asistencia social a través de la reunificación y la adaptación de sus criterios y la provisión de recursos, con el fin de que puedan cumplir la función para la que han sido creados. Estamos hablando, por ejemplo, de la facilitación del reembolso de la consulta al facultativo que ha atendido a una persona en situación irregular a través de la AMU. Esto evitaría, como hemos visto en la consulta etnopsiquiátrica, la dependencia del altruismo del médico situándolo en una relación entre un prestador remunerado de servicios públicos y un sujeto de derecho.

b) La garantía legislativa de todas las personas en territorio español a recibir atención médica general, especializada y de urgencias a través de una tarjeta sanitaria de tipo universal, independientemente de su situación jurídico-administrativa y económica.

c) El perfeccionamiento, en ambos países, del marco de protección de los derechos del paciente por medio de las herramientas jurídico-legislativas, de modo que incluya cuestiones como el respeto y la defensa de la diversidad lingüística y cultural. Por ejemplo, con la ampliación de la cobertura y los medios en el caso del programa belga y con la implementación de una política de Estado en España que dé respuesta a las demandas por parte de los profesionales de la salud, de mediadores interculturales y

de intérpretes en en los diversos niveles de atención del sistema de salud público, a través de programas y financiación.

d) La apuesta política, en ambos países, por un sistema de atención de la salud público, universal y de calidad, comprometido con la lucha contra las tendencias a crear recursos bajo mínimos y de múltiples velocidades, privatizados o semiprivatizados, que fomentan barreras socioeconómicas de exclusión. Esto incluye la lucha contra el uso de la cultura (y la interculturalidad) como un sistema de encubrimiento de las inequidades económicas, sociales, étnicas y de género en el disfrute de la atención médica pública.

e) El compromiso con la financiación, por parte de las administraciones públicas belgas y españolas, de proyectos de atención sanitaria (sensibles a la diversidad sociocultural) universalistas e incluyentes, con un carácter de integración en la red normalizada de cuidados, en ámbitos como el de la sociedad civil.

f) La implicación estatal, por medio de la dotación de recursos de I+D+i para investigaciones socioculturales en salud y para la formación en antropología médica de los profesionales sanitarios, que permitan compensar las visiones marcadamente reduccionistas de la relación terapeuta-paciente-institución fomentadas por los *lobbies* farmacéuticos, desde la producción de conocimiento crítico y desde la sensibilidad a los procesos que implican síntesis e intercambios socioculturales en la convivencia entre itinerarios vitales diversos. De esta manera, se busca fomentar marcos de reconocimiento e impulsión de saberes y prácticas que, desde enfoques transdisciplinarios e interdisciplinarios, faciliten el acceso al sistema de salud y mejoren la eficacia del proceso terapéutico.

En la práctica de atención en salud institucional y de la sociedad civil se sugiere:

a) Identificar las barreras en la atención, explorando las configuraciones multifactoriales y las lógicas de reproducción de estas, así como las diversas estrategias de inclusión y acceso.

b) Promover la democratización de la relación médico-paciente-institución y la coproducción de saberes relativos a las vivencias del padecimiento y su atención, a través de la sensibilización de los profesionales de la salud en competencias socioculturales, desde una perspectiva de las identidades culturales dinámicas (en el sentido de Appadurai, 2001). Esta propuesta busca dos objetivos: mejorar la efectividad de su función clínica

y luchar contra la concepción asimilacionista y discriminatoria del modelo monocultural de atención biomédica.

c) Utilizar la mirada cultural e intercultural desde una aproximación crítica con respecto a las relaciones sociales de hegemonía/subordinación y sus expresiones organizativas, simbólicas y estructurales en la praxis clínica biomédica. Esto es, un análisis del encuentro terapéutico a través de la creación de nuevas praxis y narrativas y de la transformación de sus espacios y lógicas inaugurales.

d) Promover experiencias comunitarias e interculturales, de acompañamiento del padecimiento y lucha contra la discriminación social por el origen cultural y la condición de salud en la sociedad civil española y belga.

Del espacio clínico a la frontera del Estado nación: la aplicación de los modelos interculturales en contextos diversos. Preguntas sobre México

No pretendo plantear posibles líneas de exportación universalista de los modelos de intervención intercultural y las praxis que se analizan en este libro, como si fuese una receta capaz de resolver los desafíos que la salud mental y el abordaje terapéutico o de acompañamiento plantean en contextos de diversidad cultural de todo el mundo. En cambio, pretendo exponer la potencial aplicación y reformulación de las praxis y propuestas en contextos distintos al europeo y al norteamericano, en los cuales hoy dichas prácticas se desarrollan.

Mi experiencia investigativa en antropología médica en México y Ecuador me ha llevado a identificar problemas análogos a los aquí abordados. Por ende, me he preguntado si estas experiencias podrían tener una réplica exitosa en la lucha contra la desigualdad en el acceso y el disfrute de la atención en salud mental por parte de personas con trayectorias socioculturales diversas (en dicho contexto implicaría incluir a población indígena y a personas en situación de tránsito migratorio). A continuación, expongo algunas preguntas e hipótesis con respecto al caso particular de México, en el cual tengo más experiencia.

El modelo occidental adaptado en la diversidad cultural aúna una serie de praxis, algunas de las cuales actualmente operan en diversos ámbitos clínicos en el mundo, como la FCCP o la clínica transcultural basada en la antropología médica en Estados Unidos. Sin embargo, las limita-

ciones analizadas en el hospital Puerta de Hierro también se observan en distintos ámbitos clínicos de España y otros países (ver Muñoz, 2010). Esto es un ejemplo de la globalidad de los retos acerca de la relativización necesaria, en términos de eficacia terapéutica, de la cultura biomédica, con sus especificidades locales. Además, representa una muestra de los riesgos de usar la transdisciplinariedad etnográfica en la psiquiatría como un anexo que, ideológicamente, legitima el marco hegemónico biomédico revistiéndolo del interés por la condición cultural del padecimiento.

Durante mis años de estancia en México, he podido presenciar la existencia de dificultades en la atención médica en contextos de diversidad cultural a través de mis propias investigaciones, así como de discusiones y eventos académicos. Por lo general, en los casos observados, he sido testigo de la misma lógica de culpabilización del fracaso terapéutico, por parte de los profesionales de la salud, de aquellas personas pertenecientes a minorías culturales; se les achaca, a través de prejuicios y minorizaciones por el origen o la adscripción étnica, su falta de asimilación a la cultura organizacional biomédica (ver Muñoz, 2014*a*).

México es un país líder en investigación sobre etnopsiquiatría en Latinoamérica. Esto se refleja en la variada producción de trabajos socio-antropológicos que abordan problemáticas como las narraciones de la experiencia del padecimiento o el pluralismo asistencial (Jacorzynski, 2006), los síndromes ligados a la cultura o la aplicación de nosologías biomédicas en contextos transculturales con población indígena (Villaseñor, 2008). Dentro del marco de la antropología médica, se han elaborado trabajos sobre la salud mental y algunos procesos migratorios: la migración México-Estados Unidos (ver Ceja, Lira y Fernández, 2014), junto con la *psicosis del repatriado* (Ríos, 2011), o del ámbito rural al urbano en México (Ríos, 2010), así como la migración Centroamérica-Estados Unidos (Temores-Alcántara, Infante y Caballero, 2015). Estas son algunas de las líneas de investigación existentes en México con relación a la diversidad cultural y la salud mental.

En la práctica clínica, en una sociedad con una presencia de la psiquiatría menor que en los contextos de España y Bélgica estudiados, no existen experiencias interculturales como la FCCP y la aproximación clínica etnopsiquiátrica analizadas en el presente texto. De la misma forma, son escasas las investigaciones antropológicas centradas en las praxis y representaciones sociales de los psiquiatras con respecto a los pacientes en contextos de multiculturalidad significativa.

Las experiencias clínicas interculturales institucionalizadas en México a raiz de acciones como la del Instituto Nacional Indigenista —por ejemplo, los hospitales mixtos de Cuetzalan, en Puebla, y el de Jesús María, en Nayarit (Duarte-Gómez, Brachet y Campos-Navarro, 2004—, han consistido en la convivencia entre médicos alópatas y médicos tradicionales (hueseros, curanderos, parteras, etc.). Sin embargo, las experiencias de transformación intercultural de la clínica alopática son, hasta la fecha,[197] inexistentes; en cambio, prevalecen los programas específicos o en espacios de concertación (Duarte-Gómez, Brachet y Campos-Navarro, 2004).

Considero interesante explorar la culturalidad local y global de la biomedicina (desde la que están operando las praxis psiquiátricas), así como la potencial aplicación y formalización de aproximaciones innovadoras de tipo transcultural críticas con el modelo intercultural dominante en compartimentos estancos[198] y el asimilacionismo; como es el caso de las aquí abordadas u otras praxis readaptadas y reformuladas en función de los problemas detectados en la clínica[199] o en la investigación psicosociocultural. Las características de la amplia investigación sociocultural en México, concretamente en la subdisciplina de la antropología médica, y de la riqueza étnica existente permiten abordar la biomedicina a través de la transdisciplinariedad etnográfica, en contextos de diversidad cultural,

197 En mi experiencia, esto aplica hasta 2014. Si bien se han implementado hospitales con carácter intercultural, como el hospital de las Culturas, en San Cristóbal de las Casas, solo se han incorporado parteras tradicionales en espacios del hospital diferentes a los de la praxis biomédica.

198 En este modelo, se interculturaliza únicamente al subordinado apelando a la vindicación, a través de la apropiación, de una alteridad cultural que se adapta al espacio clínico sin transformar la clínica biomédica hegemónica ni apenas convivir con ella, más allá de un emplazamiento museístico.

199 En el ámbito de la atención médica, diversas investigaciones han detectado carencias en las competencias culturales por parte de los médicos, así como racismo o problemas lingüísticos e idiomáticos, entre otros (Muñoz, 2014). Pude presenciar un ejemplo del desconocimiento de los contextos socioculturales de vida de la población indígena y el racismo en el ámbito psiquiátrico en una ponencia de una mesa en la que participé en 2012, en el congreso Migraciones, Violencia y Psiquiatría Cultural del GLADET. En esta, un psiquiatra responsable de un servicio de psiquiatría en un hospital público de Tuxtla Gutiérrez y, además, docente universitario, defendía la falta de moral (y su universalidad) de los indígenas de los Altos de Chiapas a través del relato de dos mujeres tsotsiles en su consulta diagnosticadas con psicosis y acusadas de homicidio. Afortunadamente, también he podido conocer psiquiatras comprometidos que buscan incorporar herramientas en su práctica clínica para la mejora de la eficacia terapéutica en contextos de diversidad cultural.

que se refleja en las múltiples experiencias (del proceso s-e-a/p) de actores con trayectorias socioculturales diversas y del abundante material antropológico en el país.

En el modelo etnopsiquiátrico, se han implementado las praxis etnopsiquiátricas y etnopsicoanalíticas en contextos no solo asimilacionistas francófonos, sino también en países como Italia, en el centro de atención Frantz Fanon (ver Beneduce, 2008). A su vez, se han aplicado a ámbitos distintos a los terapéuticos, en el campo asociativo o institucional, como es el caso de la institución escolar (ver Duvillié, 2006) y se han ampliado los grupos de población de los usuarios, de modo que también comprenden problemáticas distintas a la migratoria.

Hemos analizado sus alcances y limitaciones a partir de la praxis en un hospital público que enfrenta el fracaso en la eficacia terapéutica con pacientes con trayectorias socioculturales diversas a través de la relativización y transformación de la cultura biomédica. A tenor de lo propuesto acerca del modelo occidental adaptado en el contexto mexicano, la clínica etnopsiquiátrica y su transformación, así como su readaptación a este marco, permiten modificar los espacios y los marcos teórico-metodológicos en los que se inscribe la terapéutica dominante. El grupo multidisciplinario, el discurso chamánico y los objetos activos podrían utilizarse con usuarios pertenecientes a minorías étnicas autóctonas; asimismo pueden enfocarse desde una perspectiva migratoria interna e internacional en el caso, por ejemplo, de los migrantes centroamericanos[200] en México y de los mexicanos retornados desde Estados Unidos. De igual forma, algunas aproximaciones, del modelo occidental adaptado en la diversidad cultural, como la «clínicas del exilio» o el «síndrome de Ulises», también podrían ser resolutivas para las demandas en salud mental de esta población.

200 Múltiples son los problemas que enfrentan las personas migrantes, mayoritariamente centroamericanas, que atraviesan México para llegar a Estados Unidos (ver Zacarias, 2009). Además de la violencia directa, ejercida por las pandillas, y de la violencia estructural a la que están sometidas estas personas, cabe contemplar la violencia que sufren en su tránsito migratorio por parte de la policía y los grupos del crimen organizado (ver Muñoz, Fernández, González *et alii* 2019 y Muñoz, Fernández, Morales *et alii* 2020). A esto hay que sumarle la falta de oportunidades que conlleva su situación. A la violencia estructural, reflejada en la imposibilidad de acceder a servicios de atención médica y a trabajos remunerados (por su condición de indocumentados), se le unen las limitaciones en la movilidad, por el miedo a ser detenidos y deportados, y la dificultad de regresar a sus países de origen. Esto provoca una alta exposición a estresores psicosociales acumulados con consecuencias en la salud mental, entre otros problemas de salud (Temores-Alcántara, Infante y Caballero, 2015).

En este sentido, la discusión en torno al modelo asimilacionista francófono, al cual se opone la propuesta etnopsiquiátrica analizada en Bruselas, se puede trasladar a la apuesta de las políticas públicas indigenistas, a lo largo de la historia de México (Korsbaek y Sámano-Rentería, 2007), por asimilar al indígena a la sociedad y cultura dominante mestiza, a través de la etnofagia (Díaz-Polanco, 2007), como ejemplo del desarrollo de la nación.

Las reflexiones expuestas en este apartado suscitan una serie de interrogantes: ¿la materialización de la alteridad, a través de un conjunto experimental interdisciplinario y multicultural de actores sociales, podría ser un mecanismo operativo en la eficacia terapéutica de oposición al asimilacionismo de las instituciones de salud mexicanas? ¿Las dificultades en el encuentro multicultural significativo entre terapeuta-paciente-institución, así como la existencia de una diversidad de modelos explicativos del proceso s-e-a/p, la tradición oral, el nahualismo, el chamanismo y el viaje onírico (Bartolomé y Barabas, 2011) o la importancia del don y el contradón (Demol y Montserrat, 2013), entre otros,[201] podrían ser fuente de inspiración para relativizar y transformar la cultura biomédica hegemónica? ¿Los problemas en salud mental relativos a la violencia estructural, simbólica y física; la deprivación cultural; el asimilacionismo, o, por ejemplo, la deportación de los migrantes y sus consecuencias podrían abordarse a partir de prácticas novedosas inspiradas en el modelo etnopsiquiátrico?

Cabría apuntar a una hipotética mejora de la eficacia terapéutica, que tendría que ser validada por la práctica, a través de la coordinación de diversas aproximaciones relativas al proceso s-e-a/p en el marco de la consulta y la adaptación de las praxis clínicas en la diversidad cultural, que debería abordarse desde una perspectiva de derechos humanos y horizontal.

En el modelo antipsiquiátrico intercultural, es original y, por el momento, única en los contextos de estudio la puesta en común de dos exilios, el de las personas de origen peul que tramitan su petición de asilo en Bélgica y el de aquellas que sufren el estigma social del padecimiento mental, a través de la mediación de una asociación civil que se sitúa en una oposición crítica y propositiva respecto a la psiquiatría biomédica. En el contexto mexicano, cabría preguntarse dos cuestiones: ¿la estigmatización social de las personas con padecimientos mentales, que acontece en

201 En ciertos usuarios y sus presentaciones socioculturales en el encuentro clínico.

contextos urbanos y rurales (indígenas y mestizos), y que en ocasiones se disputa desde diversos modelos explicativos (ver, para los Altos de Chiapas, Jacorzynski, 2006) del proceso s/e/a-p, podría confrontarse a través de la mediación de un proyecto comunitario como el de las casas peul en el modelo antipsiquiátrico intercultural? ¿La convivencia y el intercambio entre experiencias y narraciones de dicho proceso, desde una concepción menos estigmatizante y tutelada que la biomédica, podría generar eficacias curativas que subviertan la cronificación del padecimiento y el aislamiento social de las personas afectadas? Se trata de preguntas que deberían responderse mediante la práctica.

La posibilidad de replicar la experiencia en un contexto como, por ejemplo, el mexicano podría plantearse desde el uso de una gramática de tipo orientalista que vindique y sedimente valores existentes (o recreados) en colectivos como la población indígena local y/o perteneciente a la población en situaciones de exilio (entre otras, la guatemalteca en tránsito a Estados Unidos). De esta forma, podrían generar espacios de intercambio de narrativas del proceso s-e-a/p, así como de ayuda mutua y acogida de estas personas y de aquellas que sufren dolencias mentales, y estigma y discriminación social.

Para aquellas personas, originarias de comunidades indígenas, que migran del campo a la ciudad o de un país a otro, o son desplazadas, la existencia de un lugar de residencia y encuentro, como las casas peul, facilitaría su tránsito y estancia, ya que por lo general los sitios en los que se ven obligadas a vivir son precarios. De igual forma sucede con la escasez de casas comunitarias de acompañamiento a las personas que experimentan padecimiento mental, lo cual supone un gran reto, especialmente en contextos urbanos donde puedan carecer de redes de apoyo. Esta perspectiva antipsiquiátrica intercultural se puede ampliar a otros conjuntos sociales que no solo estén vinculados al binomio cultura-migración, sino que incluyan aspectos más amplios de lo denominado como cultura y vehiculen o recreen a su vez prácticas de ayuda mutua y apertura hacia la diferencia sociocultural.

Este libro no pretende generar acríticamente recetas universales para contextos diversos y complejos como los existentes en España, Bélgica o México. Su objetivo principal radica en hacer de las praxis analizadas y las discusiones y preguntas planteadas una fuente de inspiración para aquellas personas que, frente a los desafíos de un mundo global estratificado, busquen producir nuevas preguntas y prácticas desde el ámbito investigativo

o de la atención y el acompañamiento en salud mental. En estos nuevos planteamientos, la interculturalidad, entendida como eje de acción crítica sobre las relaciones sociales, debe interpelar y transformar los esquemas hegemónicos de poder con respecto a la salud, la enfermedad y la atención. Desde esta perspectiva, sus narrativas y prácticas en el campo de la salud mental, tienen como principal propósito la insurrección epistémica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHOTEGUI, Joseba. (2000). «Los duelos de la migración: una aproximación psicopatológica y psicosocial». En Enrique PERDIGUERO y Josep Maria COMELLES. (coords.). *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 88-100). Barcelona: Edicions Bellaterra.

ACHOTEGUI, Joseba. (2006). «Estrés límite y salud mental: el síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises)». *Migraciones*, (19), 59-85.

ADAM, Philippe y HERZLICH, Claudine. (1994). *Sociologie de la maladie et de la médecine*. París, Francia: Nathan-Université.

AGGARWAL, Neil; NICASIO, Andel; DESILVA, Ravi *et alii* (2013) «Barriers to Implementing the DSM-5 Cultural Formulation Interview: A Qualitative Study». *Culture, Medecine and Psychiatry*, 37(3), 505-533.

ÁLVAREZ, Carlos. (2009). *Lógica sanitaria en emergencias*. Madrid, España: Arán Ediciones.

ANNANDALE, Ellen. (1998). *The Sociology of Health and Medecine*. Cambridge, Reino Unido: Polity Press.

APPADURAI, Arjun. (2001). *Après le* colonialisme. *Les conséquences culturelles de la globalisation*. París, Francia: Éditions Payot.

ARNAU, Josep. (2005) «Aprender nuestra historia: las aportaciones de la antipsiquiatría vistas desde la contrapsicología» En: José Luis Romero y Rafael Álvaro. (Eds.), *Psicópolis. Paradigmas actuales y alternativos en la psicología contemporánea*. Barcelona, España: Editorial Kairós.

BACA, Enrique; PÉREZ, María Mercedes; QUINTERO, Francisco Javier, *et alii* (2005). «Acceso, itinerarios y utilización de los servicios psiquiátricos en la población inmigrante». *Monografías de psiquiatría*, *17*(4), 11-17.

BACHELARD, Gaston. (2000 [1948]). *La formación del espíritu científico*. Ciudad de México, México: Siglo XXI Editores.

BAINS, Jatinder. (2005). «Race, Culture and Psychiatry: a History of Transcultural Psychiatry» *History of Psychiatry,* 16(2), 139-154.

BAJTÍN, Mijaíl. (1981). *The Dialogic Imagination. Four Essays*. Austin, Estados Unidos: University of Texas Press.

Balibar, Etienne. (1991) «¿Existe un neorracismo ?». En Immanuel Wallerstein y Étienne Balibar. (Eds.), *Raza, Nación y Clase* (pp. 31-48). Madrid, España: IEPALA Editorial.

Barnes, Mary, y Berke, Joseph. (2002 [1971]). *Mary Barnes: Two Accounts of a Journey through Madness*. Nueva York, Estados Unidos: Other Press.

Bartolomé, Miguel, y Barabas, Alicia. (Coords.) (2013). *Los sueños y los días. chamanismo y nahualismo en el México actual*. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.

Barton, Rusell. (1974). *La neurosis institucional.* Madrid, España: Paz Montalvo.

Barudy, Jorge. (1992). «Migración política, migración económica: una lectura sistemática del proceso de integración de las familias inmigrantes». *Santé mentale au Québec*, XVIII(2), 47-70.

Basaglia, Franco. (1972). *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires, Argentina: Barral Editores.

Basaglia, Franco; Castel, Robert; Carrino, Luciano *et alii.* (1975). *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona, España: Barral.

Bastide, Roger. (1986). *Sociología de las enfermedades mentales*. Ciudad de México, México: Siglo XXI Editores.

Bateson, Gregory y Mead, Margaret (1985 [1942]). *Balinese Character. A Photographic Analysis*. Nueva York, Estados Unidos. New York Academy of Sciences.

Baumann, Gerd y Gingrich, Andre (2004). *Grammars of Identity/ Alterity. A Structural Approach*. New York y Oxford, Estados Unidos y Reino Unido: Berghahn Books.

Bebbington, P.; Feeney, S.,;Flannigan, C., *et alii.* (1994). «Inner London Collaborative audit of Admissions in Two Districts. II: Ethnicity and the Use of the Mental Health Act». *British Journal of Psychiatry*, (165), 743-749.

Becker, Howard. (1983 [1963]). *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. Nueva York, Estados Unidos: The Free Press Of Glencoe.

Beneduce, Roberto. (2008). «L'écoute de la souffrance chez les immigrés ou l'Histoire comme symptôme». *Confluences*, (21), 22-26.

Benslama, Fethi (1999). «Épreuves de l'étranger». En Jean Ménéchal *et alii*. (Eds.), *Le risque de l'*étranger. *Soin psychique et politique*. (p. 60) París, Francia: Dunod.

Bernal, M. (2002). Good practice in mental health and social care provisions for immigrants, asylum seekers and refugees in Spain. SAPPIR (<www.migra-salut-mental-org>).

Bhabha, Homi. (2002). *El lugar de la cultura*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Manantial.

Bhugra, Dinesh y Mastrogianni, Anastasia. (2004). «Globalization and Mental Disorders. Overview with Relation to Depresion». *British Journal of Psychiatry*, 184(1), 10-20.

Bibeau, Gilles. (1997). «Cultural Psychiatry in a Creolizing World: Questions for a New Research Agenda». *Transcultural Psychiatry*, 34(1), 9-41.

Bloch, Maurice. (1997). «La psychanalyse au secours du colonialisme». *Terrain*, (28), 103-118. En línea en: <http://terrain.revues.org/3176>. [Consultado el 2 de junio de 2014]

Bohr, Niels. (1999 [1937]). «Causality and Complementarity». En Jan Faye y Henry J. Folse. (Eds.), *The Philosophical Writings of Niels Bohr, Volume 4: Causality and Complementarity, Supplementary Papers* (pp. 83-91). Woodbridge, Estados Unidos: Ox Bow Press.

Boltanski, Luc. (1971). «Les usages sociaux du corps». *Annales, économies, sociétés, civilisations*, *26*(1), 205-233.

Bontemps, Christiane. (2006). «Clefs pour comprendre les services de santé mentale en Région wallonne». *Confluences*, (14), 18-21.

Bourdieu, Pierre. (1991). *El sentido práctico*. Madrid, España: Editorial Taurus.

Bourdieu, Pierre. (1993). «Comprendre». En Pierre Bourdieu. (Ed.), *La misère du monde* (pp. 903-925). París, Francia: Éditions du Seuil.

Breilh, Jaime. (Octubre de 2011). «Una perspectiva emancipadora de la investigación e incidencia basada en la determinación social de la salud». En *Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud*. Ponencia llevada a cabo por la Asamblea de la Salud en Río de Janeiro, Brasil.

Brennan, Troyen A.; Rothman, David J.; Blank, Linda, *et alii*. (2006). «Health Industry Practices That Create Conflicts of Interest: A Policy Proposal for Academic Medical Center». *JAMA*, *295*(4): 429-433.

Brody, Eugene. (1997). «The International Agenda of Cultural Psychiatry». *Transcultural Psychiatry* 34:1.

Burck (2004). «Living in several languages: implications for therapy». *Journal of Family Therapy*. Vol 26(4).

Caballero, Luis. (1999). «Psiquiatría cultural y globalización». *Psiquiatría Cultural para clínicos*. (2).

Caballero, Luis. (2007). «Formulación cultural de casos psiquiátricos DSM-IV-TR: pacientes marroquíes en España». En Driss Moussaoui y Miquel Casas. (Eds.), *Salud mental en el paciente magrebí* (pp. 239-253). Barcelona, España: Editorial Glosa.

Caballero, Luis. (2009). «DSM-IV-TR Cultural Formulation of Psychiatric Cases: Two Proposals for Clinicians». *Transcultural Psychiatry*, *46*(3), 506-523.

Caballero, Luis; Tur, Nuria, y Sanz, Pedro. (2005). «Formulación cultural de casos psiquiátricos DSM-IV-TR en la clínica». *Monografías de psiquiatría*, *17*(4), 32-43.

Caramés, María Teresa. (2008). «Gestionando la diversidad en el ámbito sanitario: reflexiones y sugerencias en torno a la incorporación de la perspectiva intercultural en el ámbito de la gestión sanitaria». En Gerardo Fernández, Irene González y Puerto García. (Coords.), *La diversidad ante el espejo: salud, interculturalidad y contexto migratorio* (pp. 271-276). Quito, Ecuador: Editorial Abya-Yala.

Carmichael, Stokely y Hamilton, Charles V. (1967). *Poder negro: la política de liberación en Estados Unidos*. Ciudad de México, México: Siglo XXI Editores.

Castel, Robert. (1976). *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*. París, Francia: Les Éditions de Minuit.

Castel, Robert. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. París, Francia: Éditions Gallimard.

Castoriadis, Cornelius. (1999). *L'institution imaginaire de la société*. París, Francia: Éditions du Seuil.

Ceja, Alejandra; Lira, Jennifer, y Fernández, Eduardo. (2014). «Salud y enfermedad en los migrantes internacionales México-Estados Unidos». *Ra Ximhai*, *10*(1), 291-306.

Certeau, Michel de. (2003). *Historia y psicoanálisis*. Ciudad de México, México: Universidad Iberoamericana.

Cheng, Andrew T. A. (2001). «Case Definition and Culture: Are People All the Same?». *British Journal of Psychiatry*, *179*(1), 1-3.

Clarke, Liam. (2004). *The Time of the Therapeutic Communities: People, Places and Events*. Londres, Reino Unido: Jessica Kingsley Publishers.

Collazos, Francisco y Qureshi, Adil. (2010). «La diversidad cultural y la salud mental en el dispositivo hospitalario». En Josep Maria Comel-

les, Xavier Allué, Mariola Bernal *et alii.* (Comps.), *Migraciones y salud* (pp. 233-249). Tarragona, España: Publicacions URV.

Collazos, Francisco; Qureshi, Adil, y Casas, Miquel. (2005). «La mediación cultural en salud mental». *Monografías de psiquiatría*, *17*(4), 18-23.

Collomb, Henri. (1965). «Assistance psychiatrique en Afrique (expérience sénégalaise)». *Psychopathologie africaine*, *1*(1), 11-84.

Collomb, Henri. (1979). «De l'ethnopsychiatrie à la psychiatrie sociale». *Revue Canadienne de Psychiatrie*, (24), 459-469.

Comelles, Josep Maria. (2004). «El regreso de las culturas. Diversidad cultural y práctica médica en el siglo xxi». En Gerardo Fernández. (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina* (pp. 17-30). Quito, Ecuador: Editorial Abya-Yala.

Comelles, Josep Maria. (2007). «Cultura, sociedad y psiquiatras en España». *Frenia*, *7*(1), 7-24.

Comelles, Josep Maria y Martínez, Ángel. (1997). «Paradojas de la antropología médica en Europa». *Nueva antropología*. XVI(53), 187-214.

Coser, Lewis A. (1978). *Las instituciones voraces*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.

Crenn, Chantal. (2000). «Une consultation pour les migrants à l'hôpital». *Hommes et migrations*, (1225), 39-45.

Cruz, Edwin. (2013). «Estado plurinacional, interculturalidad y autonomía indígena: Una reflexión sobre los casos de Bolivia y Ecuador». *Revista VIA IURIS*, (14): 55-71.

Curtin, Philip D. (1985). «Medical Knowledge and Urban Planning in Tropical Africa». *The American Historical Review*, *90*(3), 594-613.

Dahoun, Zerdalia K. S. (1992). «Les us et abus de l'ethnopsychiatrie: Le patient migrant: sujet souffrant ou objet d'expérimentation clinique?». *Les Temps Modernes*, (552), 223-251.

De Muynck, A. (2004): «Mediación Intercultural: ¿una herramienta para promover la salud de las poblaciones inmigrantes?». *Quaderns CAPS32*, pp. 40-46.

Deleuze, Gilles y Guattari, Félix. (1998 [1972]). *El anti-Edipo: Capitalismo y esquizofrenia*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

Demol, Céline y Montserrat, Maria Antònia (2013). «Consumir lo lejano: La pérdida de la soberanía alimentaria en Oaxaca». En Mabel Gracia y Sara Pérez-Gil Romo. (Coords.), *Mujeres (in)visibles: Gé-*

nero, alimentación y salud en comunidades rurales de Oaxaca (pp. 41-78). Tarragona, España: Publicacions URV.

Devereux, Georges. (1961). *Mohave Ethnopsychiatry and Suicide: The Psychiatric Knowledge and the Psychic Disturbances of an Indian Tribe*. St. Clair, Estados Unidos: Scholarly Press.

Devereux, Georges. (1976 [1955]). *A Study of Abortion in Primitive Societies: A Typological, Distributional, and Dynamic Analysis of the Prevention of Birth in 400 Preindustrial Societies*. Nueva York, Estados Unidos: International Universities.

Devereux, Georges. (1977). *Essais d'ethnopsyquiatrie générale*. París, Francia: Éditions Gallimard.

Devereux, Georges. (1980). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. París, Francia: Éditions Flammarion.

Devereux, Georges. (1998*a*). *Ethnopsychanalyse complémentariste*. París, Francia: Éditions Flammarion.

Devereux, Georges. (1998*b* [1951]). *Psychothérapie d'un indien des plaines*. París, Francia: Éditions Fayard.

Di Silvestre, Cristina (1998) «Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad». *Cinta moebio*, 4: 181-189.

Dia, Al Houssein. (2008). *La psychiatrie au pays des marabouts: Mauritanie*. París, Francia: Éditions L'Harmattan.

Díaz-Polanco, Héctor. (2007). *Elogio de la diversidad: globalización, multiculturalismo y etnofagia*. Ciudad de México, México: Siglo XXI Editores.

Doi, Takeo. (1973). *The Anatomy of Dependence*. Nueva York, Estados Unidos: Kodansha America.

Doi, Takeo. (1986). «Amae: A key concept for understanding Japanese personality structure». In T. S. Lebra & W. P. Lebra (Eds.), *Japanese culture and behavior: Selected readings* (Rev. ed., pp. 121–129). Honolulu, HI: University of Hawaii Press.

Domic, Zorka. (2004). «Emigrar y enfermar: el Síndrome de Ulises». En *Congreso Movimientos Humanos y Migración. Foro Mundial de las Culturas*, *Congreso de Movimientos Humanos y Migración*. Barcelona, España.

Douglas, Mary. (1978). *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*. Harmondsworth, Reino Unido: Penguin Random House Grupo Editorial.

Doumont, Dominique, Aujoulat, Isabelle, Deccache, Alain. (2000). *L'exclusion de la santé: Comment le processus se construit-il et quels facteurs y contribuent-ils?*. Bruselas, Bélgica: UCL-RESO.

Duarte-Gómez, María Beatriz; Brachet-Márquez, Viviane; Campos-Navarro, Roberto, *et alii.* (2004). «Políticas nacionales de salud y decisiones locales en México: el caso del Hospital Mixto de Cuetzalan, Puebla». *Salud Pública de México*, *46*(5), 388-398.

Dubois, Veronique. (2005). «Les Peuls et l'accueil: Une démarche de solidarité transculturelle». *Les cahiers de prospective jeunesse*, (3) pp. 30-32.

Duvillié, Rébecca. (2006). «Les enfants de la République sont aussi des migrants: l'école, un laboratoire ethnopsychiatrique». *Santé mentale au Quebec*, *31*(2), 73-96.

Ervin-Tripp, Susan M. (1964). «An Analysis of the Interaction of Language, Topic, and Listener». *American Anthropologist*, *66*(6), 86-102.

Esping-Andersen, Gøsta. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, Reino Unido: Polity Press.

Fàbrega, Horacio. (2001). «Culture and History in Psychiatric Diagnosis and Practice». *Psychiatric Clinics of North America*, *24*(3), 391-405.

Fanon, Frantz. (1963). *Los condenados de la tierra*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.

Farmer, Paul. (2003). *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley, Estados Unidos: University of California Press.

Fassin, Didier. (1999*a*). «L'indicible et l'impensé: la "question immigrée" dans les politiques du sida». *Sciences Sociales et Santé*, *17*(4), 5-36.

Fassin, Didier. (1999*b*). «La santé des immigrés et des étrangers: méconaissance de l'objet et objet de reconaissance». En Michel Joubert, Pierre Chauvin, Françoise Facy, *et alii.* (Eds.), *Précarisation, risque et santé* (pp. 187-196). París, Francia: INSERM.

Fassin, Didier. (2000*a*). «Les politiques de l'ethnopsychiatrie. La psyché africaine, des colonies britaniques aux banlieus parisiennes». *L'homme*, (153), 231-250.

Fassin, Didier. (2000*b*). «Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé». *Anthropologie et Sociétés*, *24*(1), 95-116.

Fassin, Didier. (2001). «The Biopolitics of Otherness. Undocumented Immigrants and Racial Discrimination in the French Public Debate». *Anthropology Today*, *17*(1), 3-7.

Fassin, Didier. (2005). *Faire de la santé publique*. Rennes, Francia: Éditions ENSP.

Fernando, Suman. (1988). *Race and Culture in Psychiatry*. Londres, Reino Unido: Tavistock.

Ferrant, Louis y Hermans, Philip. (1991). «Les problèmes de santé chez les Marocains vivant en Belgique». *Collection Expériences et analyses. Les Cahiers du Germ*. *IV*(219).

Follari, Roberto, 2013, «Acerca de la interdisciplina. Posibilidades y límites», en *Interdisciplina*, vol. 1, núm. 1.

Foucault, Michel. (1976). *Histoire de la folie à l'âge classique*. París, Francia: Éditions Gallimard.

Freidson, Eliot (1978). *La profesión médica*. Barcelona: Península.

Frenkel, Stephen y Western, John. (1988). «Pretext or Prophylaxis? Racial Segregation and Malarial Mosquitos in a British Tropical Colony: Sierra Leone». *Annals of the Association of American Geographers*, *78*(2), 211-228.

Freud, Sigmund. (2000 [1914]). *Tótem y tabú*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Fromm, Erich. (2003). *El miedo a la libertad*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

Fuss, Diana. (1994). «Interior Colonies: Frantz Fanon and the Politics of Identification». *Diacritics, 24*(2), 20-42.

Gailly, Antoine. (1991). «Symbolique de la plainte en la culture». *Le Cahiers du Germ. II*(17), 4-19.

Gailly, Antoine. (2010). «La atención sensible a la cultura». En Josep Maria Comelles, Xavier Allué, Mariola Bernal *et alii.* (Comps.), *Migraciones y salud* (pp. 17-54). Tarragona, España: Publicacions URV.

Galtung, Johan. (1996). *Peace by Peaceful Means: Peace and Conflict, Development and Civilization*. Londres, Reino Unido: SAGE Publishing.

García-Campayo, Javier y Sanz, Concepción. (2002). «Salud mental en inmigrantes: el nuevo desafío». *Medicina Clínica*, *118*(5), 187-191.

García, José; Espino, Antonio, y Lara, Ladislao. (1998). *La psiquiatría en la España de fin de siglo: Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y*

las nuevas formas de atención en salud mental. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos.

Giménez, Carlos. (1997). «La naturaleza de la mediación intercultural». *Migraciones*, (2), 125-159.

Gledhill, John. (2000). *El poder y sus disfraces. Perspectivas antropológicas de la política*. Barcelona, España: Edicions Bellaterra.

Goffman, Erving. (1970). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Good, Byron J. (1994). «How Medicine Constructs Its Objects». En Byron J. Good y Marie-Jo Del Vecchio Good. (Eds.), *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective* (pp. 65-87). Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.

Gramsci, Antonio. (2009 [1975]). *Cuadernos de la cárcel: pasado y presente*. Ciudad de México, México: Juan Pablos Editor.

Guattari, Félix y Rolnik, Suely. (2006). *Micropolítica. Cartografías del deseo*. Madrid, España: Traficantes de Sueños.

Habermas, Jünger. (1982). *Conocimiento e interés*. Madrid, España: Editorial Taurus.

Hall, Edward T. (1976). *Beyond Culture*. Nueva York, Estados Unidos: Anchor Press.

Hall, Edward T. (1990). *The Hidden Dimension*. Nueva York, Estados Unidos: Anchor Books.

Hannerz, Ulf. (1993). *Cultural Complexity: Studies in the Social Organization of Meaning*. Nueva York, Estados Unidos: Columbia University Press.

Haro, Jesús Armando. (2000). «Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud». En Enrique Perdiguero y Josep Maria Comelles. (Coords.), *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101-162), Barcelona, España: Edicions Bellaterra.

Helman, Cecil G. (1978). «"Feed a Cold, Starve a Fever", Folk Models of Infection in an English Suburban Community, and Their Relation to Medical Treatment». *Culture, Medicine, and Psychiatry*, *2*(2), 107-137.

Helman, Cecil G. (1984). *Culture, Health, and Illness: An Introduction for Health Professionals*. Brístol, Reino Unido: John Wright and Sons.

Herskovits, Melville J. (1969). *El hombre y sus obras: la ciencia de la antropología cultural*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.

Herzlich, Claudine. (1994). «Médecine moderne en quête de sens: la maladie signifiant social». En Marc Augé y Claudine Herzlich. (Dirs.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (pp. 189-215). París, Francia: Éditions des Archives Contemporaines.

Huffschmitt, Luc. (1992). «Kraepelin à Java». *Synapse*, (86), 69-75.

Ibáñez, Pedro Luis. (2015). *La enfermedad mental en inmigrantes subsaharianos: Una mirada antropológica desde el sur de España*. Almería, España: Editorial Universidad de Almería.

INE (2006) «Anuario Estadístico de España, 2006. Inventario de operaciones estadísticas de la Administración General del Estado. Apartado 2. Demografía». Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwic_u3t5pnvAhUEXKwKHdRUD58QFjABegQICRAD&url=https%3A%2F%2Fwww.ine.es%2Fprodyser%2Fpubweb%2Fanuario06%2Fanu06_02demog.pdf&usg=AOvVaw2kiolgjgoh7PNvr95X7EIT>.

Jacorzynski, Witold. (2004). *Crepúsculo de los ídolos en la antropología social: más allá de Malinowski y los posmodernistas*. Ciudad de México, México: CIESAS.

Jacorzynski, Witold. (2006). «The War of the Spiders: Constructing Mental Illnesses in the Multicultural Communities of the Highlands of Chiapas». En Helle Johannessen e Imre Lázár. (Eds.), *Multiple Medical Realities: Patients and Healers in Biomedical, Alternative and Traditional Medicine* (pp. 163-182). Nueva York, Estados Unidos: Berghahn Books.

Jaffré, Yannick. (1996). «L'interprétation sauvage». *Enquête. Anthropologie, Histoire, Sociologie*, (3), 177-190.

Jaffré, Yannick y Olivier de Sardan, Jean-Pierre. (1999). *La construction sociale des maladies. Les entités nosologiques populaires en Afrique de l'Ouest*. París, Francia: Presses universitaires de France.

Jameson, Fredric y Žižek, Slavoj. (1998). *Estudios Culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones Paidós.

Jilek, Wolfgang G. (2008). «Introducción». En Sergio Javier Villaseñor. (Coord.), *Apuntes para una etnopsiquiatría mexicana* (pp. 13-20). Guadalajara, México: Editorial Universidad de Guadalajara.

Jordan, Brigitte y Davis-Floyd, Robbie. (1993). *Birth in Four Cultures: A Crosscultural Investigation of Childbirth in Yucatan, Holland, Sweden, and the United States*. Chicago, Estados Unidos: Waveland Press.

Kareem, Jafar y Littlewood, Roland. (Eds.). (2000). *Intercultural Therapy: Themes, Interpretations and Practice*. Oxford, Reino Unido: Blackwell Publishing.

Kaufert, Joseph M. y Koolage, William W. (1984). «Role Conflict among "Culture Brokers": The Experience of Native Canadian Medical Interpreters». *Social Science and Medicine*, *18*(3), 283-286.

Kirmayer, Laurence J. y Minas, Harry. (2000). «The Future of Cultural Psychiatry. An International Perspective». *The Canadian Journal of Psychiatry*, *45*(5), 438-446.

Kirmayer, Laurence J.; Rousseau, Cécile, y Guzder, Jaswant. (2014). «Introduction: The Place of Culture in Mental Health Services». En Laurence J. Kirmayer, Jaswant Guzder y Cécile Rousseau. (Eds.), *Cultural Consultation. Encountering the Other in Mental Health Care* (pp. 1-20). Nueva York: Springer Publishing.

Klein, Melanie. (1955). «The Psychoanalytic Play Technique: Its History and Significance». En Melanie Klein, Paula Heimann y Roger Money-Kyrle. (Eds.), *New Directions in Psychoanalysis* (pp. 3-22), Nueva York, Estados Unidos: Basic Books.

Kleinman, Arthur. (1977). «Depression, Somatization and the "New Cross-Cultural Psychiatry"». *Social Science and Medicine*, *11*(1), 3-10.

Kleinman, Arthur. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley y Los Ángeles, Estados Unidos: University of California Press.

Kleinman, Arthur. (1982). «The Teaching of Clinically Applied Medical Anthropology on a Psychiatric Consultation-Liaison Service». En Noel J. Chrisman y Thomas W. Maretzeki. (Eds.), *Clinically Applied Anthropology: Anthropologists in Health Science Settings* (pp. 83-115). Dordrecht, Países Bajos: D. Reidel Publishing Company.

Kleinman, Arthur. (1988). *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. Nueva York, Estados Unidos: Free Press.

Kleinman, Arthur. (1995). *Writing at the Margin: Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley y Los Ángeles: University of California Press.

Konner, Melvin. (1987). *Becoming a Doctor: A Journey of Initiation in Medical School*. Nueva York: Viking Press.

Koos, Earl L. (1954). *The Health of Regionville: What the People Thought and Did about It*. Nueva York: Columbia University Press.

Korsbaek, Leif y Sámano-Rentería, Miguel Ángel. (2007). «El indigenismo en México: antecedentes y actualidad». *Ra Ximhai*, *3*(1), 195-224.

Korsbaek, Leif. (2014). «W. H. R. Rivers: médico, psicólogo, etnólogo y antropólogo británico, y en todo carismático». *Cuicuilco*, *21*(59), 41-64.

Koven, Michèle E. J. (1998). «Two Languages in the Self/The Self in Two Languages: French-Portuguese Bilinguals' Verbal Enactments and Experiences of Self in Narrative Discourse». *Ethos*, *26*(4), 410-455.

Kroeber, Alfred L. (1948). *Anthropology: Race, Language, Culture, Psychology, Prehistory*. San Diego, Estados Unidos: Harcourt, Brace & Company.

Kymlicka, Will. (1996). *Ciudadanía multicultural: una teoría liberal de los derechos de las minorías*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

Laing, Ronald D. (1978). *El yo dividido: un estudio sobre la salud y la enfermedad*. Ciudad de México, México: Fondo de Cultura Económica.

Laperche, Jean; Krings, Guillaume; Leroy, Philippe, *et alii*. (2008). «Médecins sous influence. Enquête sur les relations entre les médecins hospitaliers». *Santé conjuguée*, (44), 17-31.

Laplantine, François. (1973). *L'ethnopsychiatrie*. París, Francia: Éditions Universitaires.

Laplantine, François. (1999 [1965]). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones del Sol.

Larchanché, Stéphanie. (2010). *Cultural Anxieties and Institutional Regulation: «Specialized» Mental Healthcare and «Immigrant Suffering» in Paris, France* (tesis doctoral). Washington University in St. Louis, Saint Louis, Estados Unidos.

Latour, B. (1997) «Des sujets recalcitrants». *Recherche*, Septembre, 301.

Lea, Rachel. (1999). «"The Shitful Body": Excretion and Control». *Medische Antropologie*, *11*(1), 7-18.

Lecomte, Y.; Jama, S. & Legault, G. (2006). «Présentation : l'ethnopsychiatrie». *Santé mentale au Québec*, 31 (2), 7–27. <https://doi.org/10.7202/014800>:

Lema, Margarita. (2013). «La reforma sanitaria en España: Especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular». *Eunomía. Revista en Cultura de la Legalidad*, (5), 95-115.

Leman, Johan y Gailly, Antoine. (1991). *Les thérapies interculturelles. L'interaction soignant/soigné dans un contexte multiculturel et interdisciplinaire*. Bruselas, Bélgica: De Boeck Université.

Lemelson, Robert y Suryani, Luh K. (2007). «The Spirits, *Ngeb*, and the Social Suppression of Memory: A Complex Clinical Case from Bali». *Culture, Medicine, and Psychiatry*, *31*(2), 273-300.

Lepetit, Bernard, 1992, «Propuestas para un ejercicio limitado de la interdisciplina», en *Iztapalapa*, núm. 26, pp. 25-34, disponible en línea: <http://tesiuami.uam.mx/revistasuam/iztapalapa/include/getdoc.php?id=1342&article=1377&mode=pdf>.

Leslie, Charles. (1975). «Pluralism and Integration in the Indian and Chinese Medical Systems». En Arthur Kleinman. (Ed.), *Medicine in Chinese Cultures*. Washington D.C., Estados Unidos: U.S. Government Printing Office.

Levinson, Daniel J. y Gallagher, Eugene B. (1971). *Sociología del enfermo mental*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Lévi-Strauss, Claude. (1949). «L'efficacité symbolique». *Revue de l'histoire des religions, 135*(1), 5-27.

Lévi-Strauss, Claude. (1966). «Introducción a la obra de Marcel Mauss, por Claude Lévi-Strauss». En Marcel Mauss, *Sociología y antropología.* Madrid, España: Editorial Tecnos.

Lin, Keh-Ming; Anderson, Dora, y Poland, Russell E. (1995). «Ethnicity and Psychopharmacology: Bridging the Gap». *Psychiatric Clinics of North America*, *18*(3), 635-647.

Linares, Jose Luis. (1982). *Ideología médica, sanidad y sociedad*. Madrid, España: Ediciones Akal.

Littlewood, Roland. (1992). «Psychiatric Diagnosis and Racial Bias: Empirical and Interpretative Approaches». *Social Science and Medicine*, *34*(2), 141-149.

Littlewood, Roland. (1996). «Cultural Comments on Culture Bound Syndromes». En Juan E. Mezzich, Arthur Kleinman, Horacio Fàbrega *et alii.* (Eds.), *Culture and Psychiatric Diagnosis: A DSM-IV Perspective* (pp. 309-312). Washington D.C., Estados Unidos: American Psychiatric Association Publishing.

Littlewood y Lipsedge (1997). *Aliens and Alienists: Ethnic Minorities and Psychiatry.* London: Routledge.

López Sala, Ana María. (2005). *Inmigrantes y Estados: la respuesta política ante la cuestión migratoria*. Rubí, España: Anthropos Editorial.

López, Beatriz. (2004). «La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social: Oferta pública y privada de servicios sanitarios por comunidades autónomas». *Gaceta sanitaria*, *18*(1): 82-89.

López, José María. (2005). *Historia de la medicina*. Madrid, España: Historia 16.

López, Marcelino; Laviana, Margarita, y García-Cubillana, Pablo. (2006). «Los hospitales psiquiátricos en la(s) reforma(s). Notas para orientar una investigación necesaria». En Fermín Pérez (Coord.), *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica* (pp. 239-273). Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Lurbe, Katia. (2006). *La enajenación de l@s otr@s. Estudio sociológico sobre el tratamiento de la alteridad en la atención a la salud mental en Barcelona y París* (tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, Sardañola del Vallés, España.

Malgesini, Graciela y Giménez, Carlos. (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Madrid, España: Los Libros de la Catarata.

Malinowski, Bronislaw. (1982 [1926]). *Estudios de psicología primitiva*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

Malinowski, Bronislaw. (2001 [1927]). *Sex and Repression in Savage Society*. Londres, Reino Unido: Routledge.

Marcuse, Herbert. (1981). *Eros y civilización*. Barcelona, España: Editorial Ariel.

Mariano, Lorenzo. (2008). «Culturas biomédicas. Textualidades y narrativas opacas en la atención a la población inmigrante». En Gerardo Fernández, Irene González y Puerto García. (Coords.), *La diversidad frente al espejo: salud, interculturalidad y contexto migratorio* (pp. 305-320). Quito, Ecuador: Editorial Abya-Yala.

Martínez, Ángel. (2000). «Anatomía de una ilusión: el DSM-IV y la biologización de la cultura». En Enrique Perdiguero y Josep Maria Comelles. (Coords.), *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 249-276). Barcelona, España: Edicions Bellaterra.

Martínez, Ángel. (2010). «Psiquiatría cultural. Teorías, comparaciones y políticas en salud mental». En Josep Maria Comelles, María Antonia Martorell y Mariola Bernal. (Coords.), *Antropología y enfermería* (pp. 143-165). Tarragona, España: Publicacions URV.

Martínez, Ubaldo. (2008). *Historia de la Antropología, praxis y lugares de estudio*. Madrid, España: Editorial UNED.

Marzal, Manuel M. (1996 [1981]). *Historia de la antropología*. Vol. 2. Madrid, España: Fundación Histórica Tavera, Fondo Editorial de Pontificia Universidad Católica del Perú.

Mauss, Marcel. (1979 [1925]). *Ensayo sobre el don. Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Madrid, España: Editorial Tecnos.

Mauss, Marcel y Hubert, Henri. (1966 [1902]). «Esquisse d'une théorie générale de la magie». En Marcel Mauss, *Sociologie et anthropologie* (pp. 3-141). París, Francia: Presses universitaires de France.

McCulloch, Jock. (1995). *Colonial Psychiatry and the African Mind*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.

Menéndez, Eduardo L. (1981). *Poder, estratificación y salud: análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ciudad de México, México: CIESAS.

Menéndez, Eduardo L. (1984). *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Ciudad de México, México: CIESAS.

Menéndez, Eduardo L. (2010). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Milgram, Stanley (1974) *Obedience to authority. An experimental view*. New York: Harper and Rowl.

Moisseeff, Marika. (1997). «Subversive Science, Subversive Practice». *Transcultural Psychiatry*, *34*(1), 95-107.

Moodley, Roy y Palmer, Stephen. (2006). *Race, Culture and Psychotherapy: Critical Perspectives in Multicultural Practice*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.

Moré, Íñigo. (2007). *La vida en la frontera*. Madrid, España: Marcial Pons.

Moreno, Luis y Sarasa, Sebastià. (1993). «Génesis y desarrollo del Estado del Bienestar en España». *Revista Internacional de Sociología*, (6), 27-69.

Moreno, Luis. (2007). «Europa social, bienestar en España y la "malla de seguridad"». En Álvaro Espina. (Coord.), *Estado de Bienestar y competitividad. La experiencia europea* (pp. 445-511). Madrid, España: Fundación Carolina, Siglo XXI Editores.

Morin, Edgar, 1998, «Sobre la interdisciplinariedad», en *Redes Sociales y Complejidad*, núm. 2, pp. 11-17.

Mormont, Marinette. (2014) «Les soins de sante mentale sortent-ils vraiment de l'hopitale?» *Conseille bruxeilloise de cordination sociopolitique* (3 de diciembre de 2014). En línea en: <http://www.cbcs.be/Psy-107-les-soins-de-sante-mentale>.

Mormiche, Pierre. (1993). «Les disparités de recours aux soins en 1991». *Economie et Statistique*, *(265),* 45-52.

Moro, Marie Rose. (1998*a*). *Psychothérapie transculturelle des enfants et des adolescents*. París, Francia: Dunod.

Moro, Marie Rose. (1998*b*). «Quelques définitions en ethnopsychiatrie». *Pour la Recherche*, (17), 6-7.

Moro, Marie Rose. (2002). *Enfants d'ici venus d'ailleurs. Naître et grandir en France*. París, Francia: Éditions La Découverte.

Muñoz, Rubén, 2010, «El acceso a los medios sanitarios en la diversidad cultural. Mediación intercultural en el ámbito sanitario y terapias interculturales en salud mental. Estudios de caso en Bélgica y España», tesis de doctorado en antropología social, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Muñoz, Rubén. (2013*a*). «Un antropólogo en la consulta hospitalaria». En Oriol Romaní. (Coord.), *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto* (pp. 213-238). Tarragona, España: Publicacions URV.

Muñoz, Rubén. (2013*b*). «Mediación intercultural frente a la desigualdad en el acceso y disfrute a los cuidados sanitarios institucionales. Algunas consideraciones sobre las praxis profesionales en Bélgica y España». *Migraciones*, (33), 97-125.

Muñoz, Rubén. (2013*c*). «Cuando la psiquiatría se reconfigura en la diversidad cultural: Debates en torno al lugar, los destinatarios y la metodología de la práctica etnopsiquiátrica en el hospital Brugmann de Bruselas». *Cuicuilco*, *20*(57), 137-168.

Muñoz, Rubén. (2014*a*). «Cultura organizacional de cuidados médicos, violencia institucional y desadherencia al tratamiento antirretroviral de las personas indígenas que viven con VIH-Sida en los Altos de Chiapas». *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, *12*(2), 46-66.

Muñoz, Rubén. (2014*b*). «Propuestas interculturales de intervención sanitaria: de la praxis antipsiquiátrica en el ámbito asociativo, a la consulta etnopsiquiátrica en un hospital de Bruselas». En Serena Brigidi y Josep Maria Comelles. (Comps.), *Locuras, cultura e historia* (pp. 173-196). Tarragona, España: Publicacions URV.

Muñoz, Rubén. (2015). «Psiquiatría, antropología e interdisciplinariedad: encuentros en el abordaje del padecimiento en la diversidad cultural». *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (48), 92-107.

Muñoz, Rubén. (2018*a*). «Estigma estructural, adherencia al tratamiento antirretroviral y cultura organizacional de cuidados en la atención hospitalaria en VIH y sida en Guayaquil, Ecuador». *Andamios. Revista de Investigación Social*, *15*(36), 311-341.

Muñoz, Rubén. (2018*b*). «El estigma y la discriminación en los procesos de falta de adherencia al tratamiento antirretroviral. Un análisis en el contexto familiar, comunitario e institucional médico en Guayaquil (Ecuador)». *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*, (78), 33-67.

Muñoz, Rubén (2020) «Del pluralismo medico al nomadismo terapeútico: una propuesta crítica desde los procesos de estratificación social y las estrategias de vida». *Aposta. Revista de Ciencias Sociales*. N. 85.

Muñoz, Rubén; Fernández, Carmen; González, Omar; Morales, Sonia y Brouwer, Kimberly (2019) *Struggling bodies at the border: migration, violence and HIV vulnerability in the Mexico/Guatemala border región*. Anthropology and Medicine.

Muñoz, Rubén; Fernández, Carmen; Morales, Sonia y Brouwer, Kimberly (2020) «Border spaces: Stigma and social vulnerability to HIV/AIDS among Central American male migrants at the Mexico-Guatemala border». En Gamblin, Jennie; Gibbon, Sarah, Sesia, Paola y Berrio, Lina. *Critical Medical Anthropology: Perspectives in and from Latin America.* University College London.

Murase, Takao. (1976). «Naikan Therapy». En William P. Lebra. (Ed.), *Culture-Bound Syndromes, Ethnopsychiatry and Alternate Therapies* (pp. 259-269). Honolulu, Hawái: University Press of Hawaii.

Murphy, Henry B. M. (1982). *Comparative Psychiatry: The International and Intercultural Distribution of Mental Illness*. Nueva York, Estados Unidos: Springer-Verlag.

Nathan, Tobie. (1998*a*). «Ethnopsychiatrie: actualité, spécificité, définitions». *Le Carnet PSY*, (33), 10-13.

Nathan, Tobie. (1998*b*). «George Devereux et l'ethnopsychiatrie clinique». *Nouvelle Revue d'Ethnopsychiatrie*, (35-36), 7-18.

Nathan, Tobie. (2000). «Psychothérapie et politique. Les enjeux théoriques, institutionnels et politiques de l'ethnopsychiatrie». *Genèses*, (38), 136-159.

Nathan, Tobie. (2001*a*). «Fonctions de la chose et de l'objet dans les dispositifs thérapeutiques». *Ethnopsy. Les mondes contemporains de la guérison*, (2), 5-42.

Nathan, Tobie. (2001*b*). *L'influence qui guérit*. París, Francia: Éditions Odile Jacob.

Nathan, Tobie y Stengers, Isabelle. (2004). *Médecins et sorciers*. París, Francia: Éditions La Découverte.

Nettleton, Sarah. (1995). *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge, Reino Unido: Polity Press.

Noronha, Marcos de. (2005). «La aproximación de la psicología a la etnología: producto e historia». *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán*, *6*(1), 15-22.

Obeyesekere, Gananath. (1985). «Depression, Buddhism and Work of Culture in Sri Lanka». En Arthur Kleinman y Byron Good. (Eds.), *Culture and Depression* (pp. 134-152). Dordrecht, Países Bajos: D. Reidel Publishing Company.

Okamura, Jonathan Y. (1981). «Situational Ethnicity». *Ethnic and Racial Studies*, *4*(4), 452-465.

Orsini, Kristian. (2004). «La déférédalisation des soins de santé: existe-t-il un consensus dans les revendications flamandes?». *Reflets et perspectives de la vie économique*, *XLIII*(3), 115-127.

Ortigues, Marie-Cécile y Ortigues, Edmon. (1966). *Œdipe africain*. París, Francia: Librairie Plon.

Peiró, José María. (1990). *Organizaciones: nuevas perspectivas psicosociológicas*. Barcelona, España: PPU.

Peña, Francisco de la (2000). «Más allá de la eficacia simbólica del chamanismo al psicoanálisis». *Cuicuilco*, vol. 7, núm. 18, enero-abril.

Perdiguero, Enrique. (2006). «Una reflexión sobre el pluralismo médico». En Gerardo Fernández. (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp. 33-50). Quito, Ecuador: Editorial Abya-Yala.

Pérez, Mariví. (2008). «Mediación sociosanitaria». En Gerardo Fernández, Irene González y Puerto García. (Coords.), *La diversidad ante el espejo: salud, interculturalidad y contexto migratorio* (pp. 277-288). Quito, Ecuador: Editorial Abya-Yala.

Pérez, Pau. (2001). «¿El narcisismo que nos a-cosa? Reflexiones sobre un *Culture Bound Trait*». *Siso/Saude*, 35, 5-15.

Pierret, Janine. (1994). «Les significations sociales de la santé». En Marc Augé y Claudine Herzlich. (Dirs.), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie* (pp. 217-256). París, Francia: Éditions des Archives Contemporaines.

Pignarre, Philipe y Stengers, Isabelle (2005) *Capitalist Sorcery. Breaking the spell*. Paris: Editions La Découverte.

Polack, Jean-Claude. (1971). *La médecine du capital.* París, Francia: François Maspero.

Ponce, Patricia y Núñez, Guillermo. (2011). «Pueblos indígenas y VIH-Sida». *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, (35), 7-10.

Ponce, Patricia; Muñoz, Rubén y Stival, Matías (2017). «Pueblos indígenas, VIH y políticas públicas en Latinoamérica: una exploración en el panorama actual de la prevalencia epidemiológica, la prevención, la atención y el seguimiento oportuno». *Salud Colectiva*, Vol. 13. N. 3.

Pussetti, Chiara. (2010). «Ethnographies of New Clinical Encounters: Inmigrants' Emotional Struggles and Transcultural Psychiatry in Portugal». *Etnográfica*, *14*(1), 115-133.

Py, Bernard y Jeanneret, René. (1989). *Minorisation linguistique et interaction. Actes du Symposium organisé par l'Association Internationale de Linguistique Appliquée et la Commission Interuniversitaire Suisse de Linguistique Appliquée, Neuchâtel, 16-18 Septembre 1987*. Ginebra, Suiza: Librairie Droz.

Qureshi, Adil; Revollo, Hilda-Wara; Collazos, Francisco, *et alii.* (2009). «La mediación intercultural sociosanitaria: implicaciones y retos». *Norte de Salud Mental*, (35), 56-66.

Raga, Francisco. (2006). «Comunicación intercultural y mediación en el ámbito sanitario». *Revista española de lingüística aplicada*, (número extraordinario 1), 217-230.

Rechtman, Richard. (1995). «De l'ethnopsychiatrie à l'a-psychiatrie culturelle». *L'Évolution Psychiatrique*, *60*(3), 637-649.

Rechtman, Richard. (1999). «Y a-t-il un abord ethnopsychiatrique du désir?». *L'Évolution Psychiatrique*, *64*(1), 69-78.

Rechtman, Richard. (2000). «De la psychiatrie des migrants au culturalisme des ethnopsychiatries». *Hommes et migrations*, (1225), 46-61.

Reich, Wilhelm. (1973 [1932]). *La irrupción de la moral sexual.* Buenos Aires, Argentina: Homo Sapiens Ediciones.

Reman, Pierre. (2006). «L'importance de la sécurité sociale en Belgique: fondements historiques et enjeux actuels». *Santé conjuguée*, (35), 87-96.

Richards, Audrey. (1939). *Land Labour and Diet in Northern Rhodesia: An Economic Study of the Bemba Tribe.* International African Institute. Oxford Univesity Press.

Rincón, Reyes; Sevillano, Elena G., y Sahuquillo, María R. (24 de abril del 2012). «La salud para quien la cotiza». *El País*. Recuperado de: <http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/04/24/actualidad/1335296371_047822.html> [consulta: 6 de febrero del 2020].

Ríos, Andrés. (2010). «Indigencia, migración y locura en el México posrevolucionario». *Historia Mexicana*, *59*(4), 1295-1337.

Ríos, Andrés. (2011). «La psicosis del repatriado. De los campos agrícolas en Estados Unidos al Manicomio La Castañeda en la ciudad de México, 1920-1944». *Mexican Studies/Estudios Mexicanos*, *27*(2), 361-384.

Rivera, Cristina. (2001). «"She neither Respected nor Obeyed Anyone": Inmates and Psychiatrists Debate Gender and Class at the General Insane Asylum La Castañeda, Mexico, 1910-1930». *Hispanic American Historical Review*, *81*(3-4), 653–688.

Robinson, Paul A. (1969). *The Freudian Left: Wilhelm Reich, Geza Róheim, Herbert Marcuse*. Nueva York, Estados Unidos: Harper & Row.

Róheim, Géza. (1982). *Magia y esquizofrenia*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

Roosens, Eugeen. (1979). *Des fous dans la ville? Gheel et sa thérapie séculaire*. París, Francia: Broché.

Roosens, Eugeen. (1989). *Creating Ethnicity. The Process of Ethnogenesis*. Londres, Reino Unido: SAGE Publishing.

Rosenhan, David L. (1973). «On Being Sane in Insane Places». *Science*, *179*(4070), 250-258.

Roudinesco, Elisabeth. (1999). «Je plaide pour la liberté de ne pas être toujours ramené à mes racines». *Politis*, (577), 20-23.

Ruiz, Sergio. (2010). «Conflictos de intereses en psiquiatría: no es oro solo lo que reluce». *Psiquiatria.com*, *14*.

Sapir, Edwar (1949) *Culture, Language and Personality: Selected Essays*. University of California Press.

Saura, Mercè. (2001). «La prestación de asistencia sanitaria de la seguridad social a los extranjeros». *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, *5*(94).

Sayad, Abdelmalek. (1981). «Le phénomène migratoire: une relation de domination». *Annuaire de l'Afrique du Nord*, *20*, 365-399.

Sayad, Abdelmalek. (1999). *La double absence*. París, Francia: Éditions du Seuil.

Scheff, Thomas J. (1966). *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Nueva York, Estados Unidos: Aldine Publishing Company.

Scheff, Thomas J. (1973). *El rol de enfermo mental*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Schein, Edgar H. (1992). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco, Estados Unidos: Jossey-Bass Publishers.

Scheper-Hughes, Nancy. (2002). «The Ends of the Body: Commodity Fetishism and the Global Traffic in Organs». *SAIS Review*, *22*(1), 61-80.

Scheper-Hughes, Nancy y Lock, Margaret M. (1987). «The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology». *Medical Anthropology Quarterly. International Journal for the Analysis of Health*, *1*(1), 6-41.

Schurmans, Dan. (2008). «La consultation ethnopsychiatrique à l'asbl Tabane». *Confluences*, (21), 26-27.

Serrano, Juana María. (2008). «El derecho a la salud y a la seguridad social de los inmigrantes». En Gerardo Fernández, Irene González y Puerto García. (Coords.), *La diversidad ante el espejo: salud, interculturalidad y contexto migratorio* (pp. 227-238). Quito, Ecuador: Editorial Abya-Yala.

Sibony, Daniel. (1993). «Institution et racisme». En Michel Wieviorka. (Dir.), *Racisme et modernité* (pp. 141-145). París, Francia: Éditions La Découverte.

Simmel, Georg. (1998 [1908]). *Les pauvres*. París, Francia: Presses universitaires de France.

Singer, Milton. (1991). *The Semiotics of Cities, Selves and Cultures*. Berlín, Alemania: De Gruyter Mouton.

Skrabanek, Petr y McCormick, James. (1992). *Idées folles, idées fausses en médecine*. París, Francia: Éditions Odile Jacob.

Spivak, Gayatri Chakravorty. (1987). *In Other Worlds: Essays in Cultural Politics*. Nueva York, Estados Unidos: Methuen Books.

Spivak, Gayatri (1988) «Can the subaltern speak?». En *Marxism and the interpretation of culture*. Cary Nelson y Lawrence Grossberg (coords.), University os Illinois Press, Urbana, pp. 271-313.

Sue, Derald W.; Ivey, Allen E., y Pedersen, Paul. (1996). *A Theory of Multicultural Counseling and Therapy*. Pacific Grove, Estados Unidos: Brooks/Cole Publishing Company.

Sumathipala, Athula; Siribaddana, Sisira H., y Bhugra, Dinesh. (2004). «Culture-Bound Syndromes: The Story of *Dhat* Syndrome». *British Journal of Psychiatry*, *184*(3), 200-209.

Summers, Martin. (2010). «"Suitable Care of the African When Afflicted with Insanity": Race, Madness, and Social Order in Comparative Perspective». *Bulletin of the History of Medicine*, *84*(1), 58-91.

Tamayo, Manuel y Delgado, Leticia. (1998). *La definición del problema de la inmigración en España*. Madrid, España: Instituto Universitario Ortega y Gasset.

Taussig, Michael T. (1980). «Reification and the Consciousness of the Patient». *Social Science and Medicine*, *14B*(1), 3-13.

Taussig, Michael T. (1993). *Mimesis and Alterity: A Particular History of the Senses*. Nueva York, Estados Unidos; Londres, Reino Unido: Routledge.

Temores-Alcántara, Guadalupe; Infante, César; Caballero, Marta, *et alii*. (2015). «Salud mental de migrantes centroamericanos indocumentados en tránsito por la frontera sur de México». *Salud Pública de México*, *57*(3), 227-233.

Thomas, Louis-Vincent y Luneau, René. (1980). *La terre africaine et ses religions: traditions et changements*. París, Francia: Éditions L'Harmattan.

Thomas, William I. y Znaniecki, Florian. (1958). *The Polish Peasant in Europe and America: Monograph of an Immigrant Group*. Nueva York, Estados Unidos: Dover Publications.

Tomkiewicz, Stanislas. (2001). *La adolescencia robada. Una vida de resistencia, resiliencia frente a la adversidad*. Santiago de Chile, Chile: LOM Ediciones.

Tonda, Joseph. (2002). *La guérison divine en Afrique central*. París, Francia: Éditions Karthala.

Van der Geest, Sjaak y Whyte, Susan R. (1989). «The Charm of Medicines: Metaphors and Metonyms». *Medical Anthropology Quarterly. International Journal for the Analysis of Health*, *3*(4): 345-367.

Van der Geest, Rimke. (2011). *Mejor dejarlo tranquilo. Vivir con un familiar psicótico en Nicaragua*.Tarragona, España: Publicacions URV.

Vanpaeschen, Laurence. (1999). «En Belgique, un arsenal répressif contre les étrangers». *Le monde diplomatique*.

Verrept, Hans y Louckx, Fred. (1997). «Mediadoras en salud en el sistema sanitario belga». En Olga Solas y Antonio Ugalde. (Eds.), *Inmigración: salud y políticas sociales* (pp. 209-230). Granada, España: Publicaciones Escuela Andaluza de Salud Pública.

Verrept, Hans. (2008). «Intercultural Mediation: An Answer to Healthcare Disparities?». En Carmen Valero y Anne Martin. (Eds.), *Crossing Borders in Community Interpreting: Definition and Dilemmas* (pp. 187-201). Ámsterdam, Países Bajos: John Benjamins Publishing Company.

Villaseñor, Sergio Javier. (1994). La etnopsiquiatría. Nociones generales sobre su origen y desarrollo. *Salud Mental*, *17*(2), 16-20.

Villaseñor, Sergio Javier. (2008). *Apuntes para una etnopsiquiatría mexicana*. Guadalajara, México: Editorial Universidad de Guadalajara.

Waitzkin, Howard. (1991). *The Politics of Medicals Encounters*. New Haven, Estados Unidos: Yale University Press.

Wallerstein, Immanuel. (1991). «Universalismo, racismo y sexismo, tensiones ideológicas del capitalismo». En Immanuel Wallerstein y Étienne Balibar. (Eds.), *Raza, Nación y Clase* (pp. 49-61). Madrid, España: IEPALA Editorial.

Walsh, Catherine E. (2009). *Interculturalidad, Estado, Sociedad: Luchas (de)coloniales de nuestra época*. Quito, Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar, Editorial Abya-Yala.

Walsh, Catherine E.; Mignolo, Walter, y García, Álvaro. (2006). *Interculturalidad, descolonización del Estado y del conocimiento*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones del Signo.

Weber, Max. (1978 [1922]). *Economy and Society*. Berkeley; Los Ángeles, Estados Unidos: University of California Press.

Whitehead, Margaret; Townsend, Peter, y Davidson, Nicholas. (1992). *Challenging Inequities in Health: the Black Report and the Health Divide*. Londres, Reino Unido: Penguin Books.

Wieviorka, Michel. (1992). *El espacio del racismo*. Barcelona, España: Ediciones Paidós.

Winnicott, Donald W. (1971). *Playing and Reality*. Nueva York, Estados Unidos: Routledge.

Young, Allan. (1997). *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*. Princeton, Estados Unidos: Princeton University Press.

Zacarias, Darinel. (2009). «Frontera sur, paso libre e ilegal». *ASICH*. 1-3. Recuperado de: http://asich.com/admin/plugins/print/print.php?itemid=9434

Zanatta, Francesca. (2008). «Intercultural Therapy and Ethnopsychoanalysis: Are They Both "Possession"?». *Opticon1826*, (4). Recuperado de: <http://www.ucl.ac.uk/opticon1826/archive/issue4/Art_BMS_Zanatta_Ethnopsychoanalysis_Pub.pdf> [consulta: 6 de febrero del 2020].

Zapata-Barrero, Ricard. (2004). *Multiculturalidad e inmigración*. Madrid, España: Editorial Síntesis.

Zempleni, András. (1968). *L'interprétation et la thérapie traditionnelles du désordre mental chez les Wolof et les Lebou (Sénégal)* (tesis doctoral). Université de Paris, París, Francia.

Otras fuentes bibliográficas

Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. (2012). *L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne*. Luxemburgo, Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. Recuperado de: <https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2011-fundamental-rights-for-irregular-migrants-healthcare_fr_0.pdf> [consulta: 6 de febrero del 2020].

Antiracisme/Belgique. (1998). «Direction et ampleur des flux migratoires (origine des 10 principaux groupes de réfugiés)». Recuperado de: <www.antiracisme.be/fr/rapports/centre/2000> [consulta: 10 de marzo del 2009].

Be Brussels: <http://be.brussels/a-propos-de-la-region/les-institutions-communautaires-a-bruxelles/cocof>

Laigneaux, Alain. (junio del 2009). «Une démarche de solidarité transculturelle. La maison communautaire du vivier à Bruxelles», *Centre Avec*. Recuperado de: <http://www.centreavec.be/site/sites/default/files/pdfs/Une%20d%C3%A9marche%20de%20solidarit%C3%A9%20transculturelle.pdf> [consulta: 10 de febrero del 2020].

Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme (2008). Migratio: «Rapport Annuel Migration 2008». Recuperado de: <www.diversite.be>.

Centre Georges Devereux, París: <www.ethnopsyquiatrie.net>

Cocof (2014): «Services de santé mentale a Bruxelles»: <http://www.cocof.org/index.php/services-de-sante-mentale>.

En Colegio médico. (Junio del 2006). «Conflictos de intereses en la práctica médica». Recuperado de: <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/12/conflictos_de_intereses_en_la_practica_medica.pdf>.

Consejo General de Colegios Médicos. (Octubre del 2005). «Ética de la relación profesional del médico con la industria farmacéutica y las empresas sanitarias». Recuperado de: <https://www.bioeticacs.org/iceb/seleccion_temas/industriaFarmaceutica/industria_farmaceutica_y_las_empresas_sanitarias.pdf>.

Consejo General de Colegios Médicos. (Enero del 2008) «Tiempos mínimos en las consultas médicas». Recuperado de: <https://www.cgcom.es/sites/default/files/08_01_25_tiempo_consulta_0.pdf>.

Declaración de Ámsterdam. (2004). «Hacia unos hospitales amigos del inmigrante en una Europa etnoculturalmente diversa». Recuperado de: <https://ec.europa.eu/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_annex7_14_es.pdf> [consulta: 24 de febrero del 2020].

Instituto de Salud Pública. (2004). *Inmigración, Salud y Servicios Sanitarios. La perspectiva de la población inmigrante*. Madrid, España: Instituto de Salud Pública; Consejería de Sanidad y Consumo.

Público. (31 de marzo del 2015). «Los inmigrantes irregulares recuperan la atención primaria pero no la tarjeta sanitaria». Recuperado de: <https://www.publico.es/sociedad/inmigrantes-irregulares-recuperan-atencion-primaria.html> [consulta: 10 de febrero del 2020].

Imserso. (2007). «Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave». Serie documentos. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad.

Maisonmedicale. (2015). «L'accès aux soins pour une population socio-économiquement défavorisée : situation du quartier de Bruxelles-centre». Recuperado de: <https://www.maisonmedicale.org/L-acces-aux-soins-pour-une.html> [consulta: 24 de febrero de 2020]

Médecins Sans Frontières. (2004), «Aide médicale urgente aux personnes en séjour illegal». Bruselas, Bélgica.

Médecins Sans Frontières. (2008) «Acces aux soins à Bruxelles». Rueda de prensa.

Médicos del Mundo. (2007*a*) «Estudio europeo sobre el acceso a los servicios de salud por parte de las personas en situación irregular». *Observatorio europeo de Médicos del Mundo sobre el acceso a los servicios de salud*.

Médicos del Mundo. (2007*b*). «Servicio de mediación sanitaria lingüística e intercultural Castilla la Mancha». Recuperado de: <http://gaptalavera.sescam.jccm.es/web1/ciudadanos/home/mediacion_sociocultural.pdf>.

Medimmigrant. (12 de dicembre de 1996). «Arrêté royal relatif à aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume». Recuperado de: <http://www.medimmigrant.be>.

Mighealthnet. (2008). «Accès aux soins de santé pour les personnes en situation illégale». <http://mighealth.net/be/index.php/Accès_aux_soins_de_santé_pour_les_personnes_en_situation_illégale>.

OPOCE: Oficina de Publicación Oficiales de la Comunidades Europeas. (1997). «Tratado de Ámsterdam por el que se modifican el tratado de la Unión Europea, los tratados constitutivos de las comunidades europeas y determinados actos conexos». Recuperado de: <http://www.europarl.europa.eu/topics/treaty/pdf/amst-es.pdf>

López-Guillén, Juanma. (2012): «Miles de inmigrantes sin papeles ni recursos son atendidos a diario por médicos altruistas». *20 Minutos*. Recuperado de: <http://www.20minutos.es/noticia/1580164/0/medicos/altruistas/inmigrantes-sin-papeles/>. [consulta: 5 de julio del 2013].

Perspective Monde. (2015). Université de Sherbroke: <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/tend/BEL/fr/SM.POP.NETM.html>

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, Documentation. (2001). «Le droit à la protection à la santé». Recuperado de: <www.luttepauvrete.be>.

Servicios sociales de Madrid. (2002). «El Servicio de Mediación Social Intercultural SEMSI: 1997-2002». Madrid, España.

ÍNDICE

El presente libro realiza aportaciones novedosas tanto en el panorama de las ciencias sociales como en el de otras disciplinas y campos profesionales que se enfrentan con los problemas del acceso y la adecuación de la atención médica en contextos de diversidad cultural. Una de sus aportaciones es la posibilidad de diálogo entre las diversas prácticas y modelos, y su potencial replicación y adaptación a otros contextos con problemáticas análogas.

Así, pues, se proponen y discuten tres modelos de intervención intercultural en salud mental, que representan a las prácticas interculturales más emblemáticas en este ámbito en Bélgica y España, a partir del análisis de tres estudios de caso correspondientes a la formulación cultural de casos psiquiátricos del Hospital Universitario Puerta de Hierro (Madrid), la clínica etnopsiquiátrica del Hospital Universitario Brugmann y la antipsiquiatría intercultural de las casas comunitarias peul (Bruselas).

MARC
MEDICAL ANTHROPOLOGY RESEARCH CENTER

UNIVERSITAT ROVIRA i VIRGILI

[publicacions] urv